



«Så full av nyanser og mangfold som livet selv»

Legepraksis i møte med lovverket
En studie av informasjons- og veiledningsplikten i abortloven

Liv Kjersti Skjeggstad Thoresen

MAVERD-599 Masteroppgave i Verdibasert ledelse vår 2013

Diakonhjemmet Høgskole

Veileder: Førsteamanuensis Olav Molven

Antall ord: 24527

2. mai 2013

Forord

Det å være student midt i en aktiv lederhverdag har vært krevende, men lærerikt. Jeg har møtt mange flotte mennesker gjennom studieforløpet som det har gjort meg godt å være sammen med. Takk til hver og en av dere for følget! Takk til alle engasjerte forelesere som har inspirert og utfordret mine tanker om ledelse.

Spesielt vil jeg takke min veileder Olav Molven for konstruktiv og god veiledning. Takk for tålmodighet, vennlighet og raushet med din tid. Takk for at du ga meg tro på at dette prosjektet kunne gjennomføres. Takk til gruppeveileder Olav Helge Angell og resten av gruppa for tilbakemeldinger og diskusjoner.

Takk til fastlegene jeg fikk intervju, for vennlighet, ærlighet og åpenhet. Jeg har kjent meg ydmyk i møte med dyktige leger som oppriktig engasjerer seg i sine pasienter. Det er flere av dere jeg kunne tenke meg å ha som fastlege.

Takk til min egen organisasjon som har gitt meg muligheten til å gjennomføre dette studiet, ikke minst ved å gi meg studiepermisjon. Takk til gode medarbeidere som har jobbet ekstra selvstendig i de perioder lederen har hatt mest fokus på egen masteroppgave.

Takk til Julie Kristine Floberg og Morten Magelssen som en rekke ganger har lest utkast av oppgaven og gitt meg råd, kritikk og heiarop underveis. Julie - du er unik! Takk til Anne Nordal Broen som brukte en helg på å lete fram resultater fra egen forskning. Takk til Thorvald Steen for at du tok deg tid til å lese manus og gi konstruktive tilbakemeldinger.

Takk Yngvar, min kjære mann, for din uvurderlige støtte underveis. Takk for din godhet og tålmodighet, spesielt i de stunder jeg var nær ved å gi opp. Du er min beste motivator. Takk elskede barnebarn Amalie, Mikael, Aida, Liam og Stella for at dere ved deres blotte nærvær hjelper meg å se hva som er viktigst i livet.

Sammendrag

Formålet med studien har vært å få en dypere innsikt i fastlegens informasjons- og veiledningsplikt overfor abortsøkende, hvordan plikten praktiseres og om det er samsvar mellom lov og praksis.

Forskningsspørsmålene var: Hva er det rettslige kravet til hva slags informasjon og veiledning legen skal gi? Hvordan blir informasjons- og veiledningsplikten praktisert av leger? I hvilken grad samsvarer praksis med lov?

For å svare på problemstillingen har jeg brukt to metoder. Lovkravet til informasjon og veiledning har blitt kartlagt ved hjelp av juridisk metode. Praksis er undersøkt ved å intervju seks fastleger.

Analysen av rettsreglene viser at informasjons- og veiledningsplikt i abortloven i hovedsak inneholder følgende elementer: Legen skal gi kvinnen informasjon om abortinngrepets art og medisinske virkninger. Legen skal gi tilbud om informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby kvinnen. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg.

Det er stor variasjon på hvordan informantene praktiserer informasjons- og veiledningsplikten. Det går et skille mellom de som gjør en grundig jobb og oppfyller lovkravet og de som gjennomgående ikke oppfyller lovkravet. Undersøkelsen viser at det i hovedsak er to ulike fremgangsmåter legene praktiserer. «Kommunikatøren» bruker god tid på konsultasjonen og går inn i kvinnens valgsituasjon. «Ekspeditøren» er rask og effektiv, gir knapp informasjon og bruker ikke tid på veiledning. Flere leger oppfordret kvinnen til «tenketid», slik at hun kan ta et veloverveid valg. Det virker ellers tilfeldig hvor god informasjon og veiledning kvinnene får.

Ingen av informantene bruker helsemyndighetenes informasjonsbrosjyrer. Denne brosjyreaversjonen viser at informantene ikke følger helsemyndighetens anbefalinger og at dette ikke har blitt en innarbeidet standard slik intensjonen var.

Studien har avdekket et behov for styrket dialog mellom fastlegen og helsemyndighetene.

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	6
1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	7
1.3 Begrepsbruk.....	8
2 Provosert abort	10
2.1 Forebyggende arbeid	10
2.2 Statistikk	11
2.3 Prosessen	12
3 Teori	13
3.1 Forholdet mellom lov og praksis	13
3.2 Informert valg	14
3.3 Profesjon og selvledelse	16
3.4 Eksisterende forskning	18
4 Metode.....	21
4.1 Juridisk metode.....	21
4.2 Kvalitativ metode	22
4.2.1 Begrunnelse	22
4.2.2 Utvelgelse.....	23
4.2.3 Gjennomføring av intervjuene	24
4.2.4 Transkribering og kategorisering	26
4.3 Egen forforståelse	26
4.4 Reliabilitet og validitet	27
4.5 Etiske betraktninger	28
4.6 Metoderefleksjon	30
5 Funn og resultater.....	32
5.1 Informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger	33
5.1.1 Hva rettskildene sier.....	33
5.1.2 Hva legene sier de gjør.....	35
5.1.3 Forholdet mellom rettsregel og praksis	38

5.2	Informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby	39
5.2.1	Hva rettskildene sier	39
5.2.2	Hva legene sier de gjør	41
5.2.3	Forholdet mellom rettsregel og praksis	43
5.3	Krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg	43
5.3.1	Hva rettskildene sier	43
5.3.2	Hva legene sier de gjør	45
5.3.3	Forholdet mellom rettsregel og praksis	48
5.4	Særlige funn om forhold mellom lov og praksis	49
5.4.1	Uklar begrepsbruk	49
5.4.2	Legen som sparringspartner	49
5.4.3	Tenketid	50
5.4.4	Brosjyreaversjon	50
5.4.5	Ulike systemer – risiko for ansvarspulverisering	53
5.4.6	Abort- et etisk dilemma	54
5.4.7	Gjør som de vil	56
5.4.8	Det generelle informasjonsproblemet	57
5.4.9	Kommunikatøren og ekspeditøren	57
5.4.10	Oppsummering	58
6	Informert valg og selvledelse	60
6.1	Informert valg	60
6.2	Plikt til lovetterlevelse	61
6.3	Ansvarsfordeling	63
6.4	Helsemyndighetens krav kontra fastlegenes dømmekraft	64
6.5	Verdier i konflikt	64
6.6	Oppsummering	66
7	Sammenfattende diskusjon	67
8	Veien videre	73
	Vedlegg 1: Brev til informanter	74
	Vedlegg 2: Intervjuguide	75
	Litteraturliste	77

1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Som jordmor i fjorten år har jeg alltid vært opptatt av hvordan vi som fagfolk møter kvinnene. De siste årenes fokus på pasientens selvbestemmelsesrett, har forsterket min nysgjerrighet på hvordan fastlegen gir den abortsøkende kvinnen et best mulig grunnlag for å gjøre et informert valg. Det å være uplanlagt gravid er for mange en svært sårbar situasjon der det kan tenkes å være et stort behov for informasjon. Jeg har fått høre flere kvinners historier om sitt møte med legen. Noen har fortalt om manglende informasjon og andre at veilederen fremstilte abort som den enkleste utvei. Flere kvinner opplever å stå alene overfor et vanskelig valg. Et valg de skal leve med resten av sitt liv.

Jeg har også truffet leger som syns det er vanskelig å vite hva slags informasjon de skal gi til kvinnene når de kommer til samtale om abort. Noen leger sier at det ikke er tydelig hva de er pålagt å gi av informasjon og veiledning. Andre sier at det kan være vanskelig å vite om kvinnene allerede har bestemt seg og at mer informasjon eventuelt kan være med på å gjøre valget vanskeligere for dem.

Kvinnene står i en valgsituasjon og de har rett til å bestemme selv, jf. abortloven § 2 (1978). Legen har informasjons- og veiledningsplikt. Legene skal informere kvinnene om hvordan inngrepet gjennomføres og eventuelle komplikasjoner. Legene skal også tilby kvinnene informasjon om den støtten samfunnet gir, dersom hun velger å fullføre svangerskapet. Kvinnene velger selv om de vil motta veiledning eller råd.

Jeg vil ta utgangspunkt i dagens abortlov og se nærmere på hva loven pålegger legene å opplyse om i møte med kvinnene som vurderer abort. Får kvinner den informasjon og veiledning de har rett på?

I forarbeidene til abortloven står det følgende om intensjonen med informasjons- og veiledningsplikten (Helse- og omsorgsdepartementet 1978: 15):

Når kvinnen ikke lenger skal overbevise nemnda om berettigelsen av svangerskapsavbrudd kan hun isteden bruke krefter til en skikkelig drøftelse av sin egen situasjon. Veiledningen må ta sikte på å hjelpe kvinnen til en løsning som hun opplever som den beste både på kort og lang sikt.

Jeg vil se på sammenhengen mellom lov og praksis, i hvilken grad er det samsvar? En av informantene beskriver det slik når legepraksis skal vurderes opp mot lovverket:

Jussen og medisinen er to veldig, veldig forskjellige fagområder... hvor jussen opererer veldig mye med rett og galt og svart og hvitt, mens medisinen er så full av nyanser og mangfold som livet selv.

Jeg vil i denne studien finne ut av hva noen leger sier at de gjør. Da jeg ikke skal intervju kvinner får jeg derimot ikke vite i hvilken grad legene praktiserer det de sier.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen min er: *Hvordan overholdes informasjons- og veiledningsplikten i abortloven i legens møte med kvinner som vurderer abort?* For å svare på problemstillingen konsentrerer jeg meg om tre forskningsspørsmål.

I. Hva er det rettslige kravet til hva slags informasjon og veiledning legen skal gi?

Jeg ønsker med dette å finne ut hvilken juridisk informasjons- og veiledningsplikt legen har. Er det tydelig gitt hva legen skal informere og gi veiledning om? Er det rom for tolkninger? For å finne ut av dette vil jeg benytte meg av juridisk metode; bygge på vanlige rettskilder herunder skriftlige prosedyrer og retningslinjer fra myndighetene.

II. Hvordan blir informasjons- og veiledningsplikten praktisert av leger?

For å få innblikk i praksis, vil jeg intervju fastleger om deres konsultasjoner med kvinner som vurderer eller har bestemt seg for abort. Isteden for å oppsøke fastlegen (allmennlege) kan kvinnen i de store byene også gå direkte til gynekologisk poliklinikk på Kvinneklinikken (der man treffer en lege i spesialisering/spesialist i gynekologi). Jeg har avgrenset meg til å intervju fastleger da de fleste kvinner på landsbasis går til sin fastlege når de vurderer abort.

III. I hvilken grad samsvarer praksis med lov?

Ved å sammenholde praksis med abortlovens krav vil jeg analysere om informasjons- og veiledningsplikten i loven overholdes i legens møte med kvinner som vurderer abort.

Praktiseres dette i dag slik kravet etter loven er? Overholdes kravet på en god måte eller bare så vidt? Hva består eventuelt avvikene i?

Forskningsspørsmål I undersøkes ved hjelp av en dokumentanalyse. Forskningsspørsmål II besvares ved intervjuundersøkelse blant fastleger hvordan informasjon og veiledning praktiseres. Det tredje forskningsspørsmålet besvares ved å sammenholde praksis med lovens norm.

1.3 Begrepsbruk

To sentrale begreper i studien er informasjon og veiledning. I det følgende omtales disse kort samtidig som de omtales i relasjon til hverandre.

Informasjon kan defineres som:

Opplysning, underretning, viten formidlet ved hjelp av ulike former for kommunikasjon mellom mennesker. Informasjon kan være mer eller mindre saklig og objektiv, f.eks. i nyhetsformidling, lærebøker, eller den kan være subjektiv og ta sikte på å påvirke mottageren, f.eks. reklame og politisk propaganda (Store norske leksikon 2005-2007)

Informasjon kan beskrives som en prosess, der informasjonsleverandørens ansvar strekker seg helt ut til mottageren. Prosessen pågår helt til mottakeren har mottatt og forstått budskapet (NOU 1994:17). Når det gjelder spesifikk informasjon til pasienter sier pasientrettighetsloven at «en pasient skal få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og den helsehjelpen som tilbys, og skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven §3).

Ut fra disse definisjoner forstår jeg informasjon som å gi faktaopplysninger. Informanter i helsetjenesten skal også bidra til at informasjonen er forstått.

Veiledning er «å hjelpe eller lede en annen til å forstå eller finne en utvei/løsning. Veiledning brukes innenfor mange ulike fag og som en rådgivende funksjon i utdanning» (Wikipedia).

Ut fra profesjonssynspunkt kan veiledning defineres som: «en formell, relasjonell og pedagogisk igangsettingsprosess som sikter mot å styrke mestringskompetansen gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Skagen 2011: 150).

Veiledning kan innebære å gi informasjon, men er samtidig et videre begrep. Informasjon, undervisning og rådgivning kan inngå i veiledningsprosessen. Det understekes videre at kjernen i veiledning er at den må tilpasses person, situasjon og kontekst.

Veiledning er rådgivning om hvordan anvende informasjonen. En person med kunnskap og erfaring bidrar gjennom samtale til å treffe et valg eller finne en utvei. Veiledning skal særlig hjelpe til med å hente fram personens egne ressurser i den aktuelle situasjonen.

2 Provosert abort

Kvinnens rett til å få utført abort reguleres av lov om svangerskapsavbrudd. Da loven ble innført, måtte kvinnen først fylle ut en søknad og så ble avgjørelsen om abortinngrep tatt av en nemnd bestående av leger. I 1978 fikk kvinnen selv rett til å avgjøre om hun ville avbryte svangerskapet. Kampen for selvbestemt abort kan på mange måter ses i sammenheng med kampen for kvinnefrigjøring. Hovedbestemmelsene i loven er at det er kvinnen selv som avgjør om svangerskapet skal avbrytes inntil utgangen av svangerskapets 12. uke. Etter det avgjøres søknaden av en nemnd bestående av to til tre leger.

2.1 Forebyggende arbeid

I 2011 ble det gjennomført 15.343 aborter, av disse er 14.704 innenfor grensen for selvbestemt abort. Det er 96 % av alle aborter (Folkehelseinstituttet 2011).

Det har i alle år vært et mål for norske helsemyndigheter å forebygge uønskede svangerskap og abort, da det er en bred politisk enighet om at aborttallene skal ned. Helsemyndighetene har i flere perioder laget handlingsplaner for å fokusere og satse på ulike tiltak.

Handlingsplanen for 2010-2015 er den femte i rekken av handlingsplaner i arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap og abort. Handlingsplanens hovedmål er en reduksjon av aborttallene og å styrke ungdom og unge voksne i å kunne ta vare på sin seksuelle helse (Helsedirektoratet 2010). Abortstatistikken er et redskap som kan benyttes til å overvåke om disse tiltakene fungerer, og for å kunne vurdere igangsetting av nye tiltak (Bakken og Skjeldestad 2005). Det kan imidlertid diskuteres hvor effektive handlingsplanene er da det er lite synlige resultater i nedgang av aborttallene.

Arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort er også forankret i internasjonale avtaler (Helsedepartementet 2004). Norge har forpliktet seg til å arbeide for å sikre folks reproduktive og seksuelle helse. Det betyr blant annet å sikre at kvinner får et best mulig utgangspunkt for å velge å fullføre eller avbryte svangerskap. Handlingsplanen for 2010-2015 presiserer at kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd skal ha lett tilgjengelig tilbud om informasjon og veiledning (Helsedirektoratet 2010).

Det forskes i liten grad på årsakene til abort. Men Sintef har produsert flere rapporter som omhandler temaet abort. Rapporten «25 år med selvbestemt abort» (Bakken og Skjeldestad 2005) konkluderer med at ved uplanlagt svangerskap benyttes svangerskapsavbrudd som middel for å utsette tidspunktet for å få barn blant unge jenter, og som middel for å begrense familiestørrelsen blant kvinner med flere barn fra før. Blant kvinner som tar abort er det mange som også har gjort det tidligere. Høye aborttall blant unge voksne er et uttrykk for at kvinner av ulike årsaker ønsker å utsette tidspunktet for første fødsel. Dette medvirker til at gjennomsnittsalderen for fødsler i dag er over 30 år i Norge (Bakken og Skjeldestad 2005).

2.2 Statistikk

I Norden varierer lovgivningen rundt abort. Norge, Danmark og Sverige har selvbestemt abort, mens det i Finland og Island kreves at leger skal innvilge abortsøknaden. I Finland må kvinner ha skriftlig tillatelse fra to leger, men i praksis blir alle søknader om avbrudd innen 12.svangerskapsuke innvilget. Sverige har selvbestemt abort til 18 uker (Folkehelseinstituttet 2011).

Den generelle abortraten (svangerskapsavbrudd pr. 1000 kvinner 15-49 år) var i 2008 på 14,5, omtrent på samme nivå som i 1990. Ca 20 prosent av alle påbegynte svangerskap i Norge har endt med svangerskapsavbrudd helt siden lov om selvbestemt abort ble innført i 1979 (Bakken 2004).

Sverige har den høyeste abortraten i Norden på 18,2 og 21,8 i henholdsvis 1990 og 2007. Finland har helt siden midten av 1980-årene hatt den laveste generelle abortraten på mellom 9 og 11 (Bakken og Skjeldestad 2005).

I Danmark har abortraten vært stabil på 12,3 de siste årene. Siden 1975 er dette en halvering. Den gang var abortraten på sitt høyeste med 23,7 (Sundhedsstyrelsen 2007). Hva gjør Danmark som de andre landene ikke lykkes så godt med? Den danske Sundhedsstyrelsen mener nedgangen skyldes vellykkede informasjonskampanjer gjennom mange år der fokus har vært sikker sex, å beskytte seg både mot kjønnssykdommer og uønsket graviditet (Sundhedsstyrelsen 2007).

2.3 Prosessen

Når kvinner oppdager å være gravide og dette ikke var planlagt, kan det for noen være en vanskelig beslutning å velge om de vil fullføre svangerskapet eller ta abort. Denne beslutningsprosessen kan være vanskelig selv om det er helt opp til dem selv å ta valget. Enkelte studier viser at faktorer som hva slags støtte eller press omgivelsene gir kan være avgjørende for beslutningen (Broen 2006).

Kvinner som ønsker abort bestiller konsultasjon hos fastlegen eller direkte ved gynekologisk poliklinikk på et sykehus. I abortforskriften § 1 står det at begjæring om svangerskapsavbrudd fremsettes overfor lege eller sykehus som er godkjent for å utføre svangerskapsavbrudd (Sosial- og helsedepartementet 2001). Praksis varierer, men i større byer har det blitt vanligere å søke seg direkte til sykehuset.

Provoserte aborter før 9. uke kan utføres medisinsk eller kirurgisk. I 2010 ble 73,3 prosent av de selvbestemte svangerskapsavbruddene gjennomført medikamentelt (Folkehelseinstituttet 2011). Ved medisinsk abort inntar kvinnen tabletter som gjør at livmoren ikke reagerer på kroppens egne graviditetsbevarende hormoner. Det gjør at fosteret dør. Etter to døgn blir kvinnen innlagt på sykehus. Der får hun tabletter som gjør at livmoren trekker seg sammen og fosteret støtes ut. Hun kan også velge å gjøre dette i hjemmet. Blødning kan være en risiko, men det blir sjelden et alvorlig problem i Norge.

Mellom 9. og 12. uke utføres abort som oftest kirurgisk. Selve abortinngrepet gjøres vanligvis poliklinisk, i narkose. Livmorhalsen blokkes litt opp, og fosteret fjernes med et vakuumsug. Det er sjelden alvorlige medisinske komplikasjoner ved provosert abort. Det hender imidlertid i noen få tilfeller at livmorhalsen ikke blir helt tømt. Dette kan føre til blødninger og eventuelt betennelse. Det kan da bli aktuelt med utskrapning. Meget sjeldne komplikasjoner er at det kan gå hull på livmorveggen under inngrepet eller at infeksjoner kan lede til sterilitet (Sosial- og helsedepartementet 2002b).

Det er et omdiskutert felt i hvor stor grad kvinner også kan få psykiske ettervirkninger av abort. I helsemyndighetenes informasjonsbrosjyre fra 2002 står det at: «Etter en abort kan det oppstå psykiske reaksjoner. Dette kan være skyldfølelse, selvbepreidelse eller sorg» (Sosial- og helsedepartementet 2002b).

3 Teori

3.1 Forholdet mellom lov og praksis

Det bør være et samsvar mellom lovkravene og abortpraksis. Forskning fra andre områder av samfunnslivet viser at det ikke alltid er tilfellet. Årsakene til dette kan være mange og sammensatte.

Andenæs sier at: «Faglig og ideologisk bakgrunn for personellet som praktiserer regelverket, vil åpenbart kunne virke inn på hvordan praktiseringen skjer» (2003: 66). For andre yrkesgrupper enn jurister vil hovedvekten av prioriteringer ligge på annet enn det juridiske. Det er stor forskjell på de ulike profesjoner holdninger og lojalitet til regelverket. Dersom man har sterkt negativt holdninger til lovverket er det vanlig at man ikke føler noen lojalitet til det.

Molven/Vetvik (1986) har undersøkt saksbehandling i kommunal forvaltning og sett på praktiseringen av forvaltningsloven. Her fremkommer det mange brudd på de krav som lovene stiller. Her skisseres det en del faktorer som fremmer og hemmer samsvar mellom lov og praksis. For å forbedre saksbehandlingen foreslår Molven og Vetvik tiltak som bedre opplæring av saksbehandlerne, holdningsskapende tiltak, bedre rutiner, skriftlig informasjon og kontroll.

Andenæs har gjort flere undersøkelser på dette og mener at løsningen absolutt ikke er å gjøre alle til jurister:

Snarere må for eksempel informasjonen fra lovgivere til ikke-juridiske regelanvendere gjennomføres med bevissthet om de konkrete regelanvenderes forutsetninger. Dette betyr at store deler av lovgivningen må skrives ut fra forutsetningen om at de som skal praktisere lovene, ikke er jurister (2003: 67)

Han er tydelig på at lovgiver må kjenne til de materielle, organisatoriske og personellmessige forutsetninger inne de ulike sektorer for at loven skal bli et realistisk arbeidsredskap.

3.2 Informert valg

Pasienter har en stor grad av selvbestemmelsesrett. Dette inkluderer rett til å få nødvendig informasjon og veiledning i forkant av et inngrep. I denne studien er fokuset på kvinner som vurderer abort eller er abortsøkende og hvilke krav som da settes til fastlegen.

Molven har et eget kapittel om retten til selvbestemmelse i boken «Helse og jus» (Molven 2009). Her belyser han pasientens rett til informasjon og selvbestemmelse, med utgangspunkt i norsk helserett. Pasienten har krav på informasjon for reelt å kunne utøve selvbestemmelsesretten. Dette blir ofte omtalt som retten til å foreta et informert samtykke. Kravet om informasjon, samtykke og medvirkning henger nøye sammen. Molven påpeker at kravet til informasjon inkluderer både behandling og risiko. Han understreker at et informert samtykke også innebærer at informasjonen er forstått (Molven 2009).

Aslak Syse's bok «Abortloven – juss og verdier» (Syse 1993) er en rettsvitenskapelig studie om abortloven. Den tar utgangspunkt i ulike rettslige og etiske problemer som reises av moderne medisin og som han mener er viktige premisser i samfunnsdebatten. Syse er opptatt av ulike utfordringer rundt abort og han diskuterer både legens informasjonsplikt og kvinnens rettigheter. Et abortinngrep er på en måte i en særstilling, da kvinnen i kraft av loven har rett til selv å begjære inngrepet. Syse definerer det slik: «Etter abortlovens regler står kvinnen helt sentralt både som søker, som saksopplyser og som beslutter innen svangerskapets første 12 uker» (Syse 1993: 29).

Pasientrettighetsloven som kom i 1999, gjorde at begrepet informerte valg fikk ny aktualitet. I § 1 uttrykkes det at:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (1999).

Pasientens integritet, rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen helse, er en grunnleggende rett.

I pasientrettighetsloven står det videre at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, for at samtykket skal være gyldig. I forarbeidet til loven står det at:

Pasientens samtykke er bare gyldig dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om tiltaket. Dette innebærer at pasienten må ha fått fyllestgjørende underretning om formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med tiltaket ... mao at det skal gis slik informasjon som skal til for å gi et forsvarlig beslutningsgrunnlag (Helse- og omsorgsdepartementet 1999: 132).

Det stilles et stort krav til legen om å gi informasjon og veiledning for at kvinnen skal kunne sies å ta et informert valg. Berge Solberg beskriver i artikkelen «Viktig å kunne delta i valg som angår egen helse» verdien av informasjon:

Hvis et valg skal være meningsfullt, må du få nok informasjon til å velge. En helsetjeneste som vektlegger valgfrihet, må vektlegge pasientinformasjon. Informasjonen er det som skal sette meg i stand til å velge. Jeg kan ta et subjektivt valg, men jeg trenger objektiv informasjon (Solberg 2011).

Når det gjelder abortloven får objektiv informasjon spesiell relevans når det gjelder den rent medisinske informasjonen. Som jeg beskriver nærmere i 5.1 har legen en plikt til å gi informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger, noe som bør være nøytrale faktaopplysninger.

Når det i forarbeidet til abortloven står videre at det skal gis slik informasjon som skal til for å gi et forsvarlig beslutningsgrunnlag (Helse- og omsorgsdepartementet 1978), er dette formuleringer som er åpne for tolkning. Legen skal utføre et faglig forsvarlig skjønn. Jeg vil senere referere til helsepersonelloven (1999) når det gjelder legens selvledelse, men i høringsnotatet til lov om helsepersonell presiseres det i kap. 11 at:

Leger ikke bare skal sørge for at pasienten får opplysninger i vanlig forstand om faktiske forhold, det vil også omfatte det man gjerne kaller legeråd. Legen skal gi pasienten råd og veiledning slik som en god lege vil gjøre det på grunnlag av erfaring og omtanke (Helse- og omsorgsdepartementet 1997).

Videre utdypes det at denne informasjons- og veiledningsplikten omfatter de opplysninger en dyktig og samvittighetsfull lege vil gi pasienten. Dette vil måtte avpasses etter pasientens tilstand og sykdom, hans forstand og kunnskaper, hans karakter og den livssituasjon han står i. Det handler om rent medisinske kunnskaper hos legen i kombinasjon med takt, psykologisk sans og livserfaring. Samtidig defineres legens rolle som videre enn til kun å gi informasjon.

Han skal også gi veiledning som en «god lege», underforstått legens vurdering, tilpasset person og situasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 1997).

Det kan virke som disse forarbeidene åpner for at legen kan være rettleidende (normativ) og ikke bare rent beskrivende og nøytral (deskriptiv) i sin veiledning. På bakgrunn av dette vil det være legitimt med normative råd. Samtidig krever dette en bevisst balansegang mellom tydelighet og varsomhet av legen. Legens lydhørhet vil være viktig da kvinnes situasjon og behov er varierende i hvert enkelt tilfelle.

Abortloven beskriver legens plikt til å gi informasjon og veiledning til kvinnen relatert til det valget hun selv har rett til å ta (Abortloven 1978). Når man selv har et valg, er det avgjørende at denne muligheten kommer sammen med riktig informasjon. Abort må derfor ses på som en handling som skal tas som et resultat av et informert valg.

3.3 Profesjon og selvledelse

I boken «Profesjoner og organisasjoner» (2007) er Eirik Irgens opptatt av at profesjonsutøvere må kunne lede seg selv, lede arbeidsprosesser og å samarbeide med andre innenfor rammene av en organisasjon. Han sier at det å lede seg selv handler mye om:

..å ha kunnskaper som gjør en i stand til å handtere situasjoner hvor løsningene ikke nødvendigvis finnes i allerede eksisterende arbeidsinstrukser, prosedyrer og standardiserte løsningsmåter, og at de valgene man da står overfor, innebærer dilemmaer som har både praktiske og verdimeslige sider (Irgens 2007: 15).

Tor Busch har et eget kapittel om selvledelse i boken «Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner» (2012). Han mener at profesjonelle yrkesutøvere har en særstilling når det gjelder selvledelse: «De må ha frihet til å utøve faglig skjønn slik at de på best måte kan ivareta sin funksjon» (2012: 129). Videre sier han at selvledelse handler stadig om å ta bedre beslutninger. Leger har generelt sett et stort handlingsrom, der de har myndighet til å bestemme hva slags behandling pasienten skal ha. Men behandlingen skal styres av overordnede lover og forskrifter og hva som etter vitenskap og erfaring anses som forsvarlig å gjøre i ulike tilfeller.

Fastlegene planlegger sitt arbeid og gjør sine vurderinger vanligvis uten å snakke med andre. Som profesjonsutøvere har de et stort ansvar for selvledelse. Samtidig er fastlegene en del av

en større helhet som forplikter, da de har et avtaleforhold til det offentlige. Som selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen har de et ansvar for å ivareta et samfunnsoppdrag. Leger i den offentlige helsetjenesten har en juridisk og økonomisk kontrakt der stat og kommune kjøper tjenester etter en kravspesifikasjon som forplikter begge parter. Dette står omtalt i fastlegeforskriften (2012). Leger må derfor kjenne til de lover som styrer virksomheten og behandlingen. Dette handler også om selvledelse.

I helsepersonellovens § 4 står det følgende om kravet til helsepersonells yrkesutøvelse og forsvarlighet:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven 1999).

Irgens beskriver at vi lever i en verden av informasjonsoverflod og forandring. Men at vi hele tiden har et valg om selv å ta styring og på den måten ikke ende opp som et offer for ytre omstendigheter. Ved å være proaktiv tar du styring over eget liv, noe Irgens mener er det samme som å ta ansvar for eget liv. Han viser til Sims og Lorenzi som definerer selvledelse som et sett av strategier en person benytter for å influere seg selv (2007: 70).

Irgens er videre opptatt av at de profesjonsutdannede har med seg sitt sett av verdier i jobbsammenheng. Det handler både om verdier de har med seg fra oppveksten, men også et sett profesjonsverdier. Fastlegen har et ansvar for å lede seg selv ut fra de verdier som lover som styrer deres virksomhet legger opp til. Verdier er omsatt i normer og skal etterleves. Dette handler grunnleggende om verdibasert ledelse, som Aadland beskriver har som hovedfokus å utvikle verdibevisste organisasjoner;

Verdibasert ledelse er å mobilisere og motivere organisatoriske handlinger på basis av ønskede verdier, og å avdekke og avgrense innslaget av handlinger og beslutninger som uttrykker førbevisste og ikke-ønskede verdier (Aadland 2004: 157).

Verdibasert ledelse handler for fastlegen om å innrette seg etter det som er lovpålagt, i denne sammenheng å følge abortloven. De verdiene fastlegen skal styre etter er at kvinnen har rett til å bestemme selv, samtidig som hun krav på få informasjon og veiledning av legen.

3.4 Eksisterende forskning

Etter å ha søkt etter aktuell forskning i Ovid Medline, fikk jeg 127 mulig aktuelle på engelsk, norsk, svensk og dansk. Søkeordene jeg har brukt er: abortion (induced), physician-patient relations, physicians role, communication, counseling. Ingen av disse studiene var derimot relevante for mitt arbeid. Andre databaser jeg har brukt er SweMed, Cinahl, Academic og Norart. Til tross for over 30 år med selvbestemt abort i Norge er det utført få studier som er relevante for mitt tema. Etter kontakt med flere forskere har jeg funnet noen få studier som belyser informasjon og veiledning.

Sintef har ved Seksjon for epidemiologisk forskning utgitt noen rapporter som har med abort og analyser/utfordringer i forbindelse med dette å gjøre. Den mest relevante er rapporten «Beslutningsprosesser og behov for informasjon/rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd - en evaluering av intensjonene i abortloven»(Skjeldestad 2002).

Bakgrunnen for undersøkelsen var debatten rundt St.meld. 16 (1995-1996) der det ble etterlyst en landsomfattende evaluering av informasjons- og veiledningsaspektet ved begjæring om svangerskapsavbrudd, ikke bare organisatorisk men også sett fra brukernes side. Skjeldestads studie inneholder intervju med 432 kvinner, som alle var abortsøkende ved kvinneklinikkene ved fem sykehus i 2000. Den tar opp informasjon om hvordan inngrepet utføres og mulige komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med inngrepet. Det stilles også spørsmål om hvordan kvinnene opplevde at legen møtte deres behov for informasjon. Det opplyses at over 80 prosent av kvinnene i studien hadde tatt beslutningen om svangerskapsavbrudd før de søkte primærlegen. 25 prosent av kvinnene uttrykte likevel så mye tvil at de hadde vansker med å ta beslutningen. Da kvinnene kom til sykehuset var det flere som fortsatt hadde behov for å diskutere beslutningen.

Halvparten av kvinnene oppga at de ikke hadde fått informasjon av henvisende lege under begjæringskonsultasjonen. De fleste av disse uttrykte behov for mer informasjon om inngrepet på sykehuset. Skjeldestad beskriver at mange kvinner ønsker en kvalifisert vurdering for om deres grunner for svangerskapsavbrudd er legitime. Med lov om selvbestemt abort får ikke kvinnene denne muligheten da legen ikke vil være påtrengende i konsultasjonen fordi beslutningen ligger hos kvinnen. På denne måten, sier han, kan mange leger innta en for «passiv» holdning til å kunne fange opp dem som virkelig trenger ytterligere rådgivning. Skjeldestads studie finner «et samsvar mellom behov for mer informasjon ved frammøte til

sykehuset som kan relateres til lesning av avdelingens eget informasjonsskriv, det at legen i mindre grad ga informasjon under begjæringskonsultasjonen og i noen grad større tvil i beslutningsprosessen» (2002: 25).

215 av kvinnene i studien var enslige. Kun 13 av disse oppga å ha fått informasjon om sosiale rettigheter/ støtteordninger av henvisende lege. Det var likevel få av kvinnene som hadde behov av slike opplysninger da de møtte på sykehuset. Skjeldestad tolker det dit hen at det kan se ut som disse ordningene har liten betydning for beslutningen, men er viktige opplysninger for de enslige kvinnene som velger å fullføre svangerskapet. Skjeldestad konkluderer på følgende måte:

Studien har avdekket at mye fungerer godt i henhold til intensjonen i abortloven, men at kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner kan bli bedre både i allmennpraksis og på sykehuset. For at dette skal kunne skje må etterutdanningstilbudet styrkes på et felt som er svært mangelfullt (2002: 1).

Det fremkommer at helsemyndighetens informasjonsmateriell brukes lite. Kun 12 % av kvinnene hadde lest i minst en av tre brosjyrer utgitt av helsemyndighetene. Dette kan forklares med at Helsedepartementets tre informasjonsbrosjyrer er lite kjent blant allmennleger, sykehusleger, og annet personale som har kontakt med abortsøkende kvinner. Skjeldestad poengterer videre at:

Skal informasjonsflyten bli bedre må de offentlige brosjyrene bli tatt langt mer i bruk under primærkonsultasjon hos allmennpraktiker. Dette fordrer at legen i begjæringskonsultasjonen har interesse for ulike sider av beslutningsprosessen og bruker informasjonsplikten på en mer aktiv måte. Helsepersonell ved sykehusene må kvalitetssikre at informasjonsbehovet for inngrepets art og virkninger er dekket. Til dette er ikke informasjonsarket som sykehusene har tilstrekkelig. Leger/ sykepleiere må mer aktivt i sykehusmøtet med abortsøkende kvinner sikre at tilstrekkelig informasjon er gitt.

Det offentlige må ta et større ansvar for at det gis et etterutdanningstilbud til leger/sykepleiere som arbeider med å oppfylle intensjonen i abortloven. I dagens etterutdanningstilbud er dette området svært mangelfullt (2002: 1).

Anne Nordal Broen har skrevet en doktoravhandling om: «Women's emotional life after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study in Norway» (Broen 2006). Denne studien ble utført i 1998 på Drammen sykehus, 80 av kvinnene hun intervjuet hadde gjennomført en provosert abort. Funnene viser at så sent som fem år etter en provosert abort sliter hver femte kvinne med psykiske ettervirkninger. Disse kvinnene hadde

blandede følelser, med både sorg, skyld, lettelse og følelse av å ha valgt riktig. Ved å nekte seg selv både å tenke på, snakke om, eller ha følelser i forhold til aborten, vil bearbeidelsen av hendelsen bli forsinket og vanskeliggjort (Broen 2006: 9).

Broen har på bakgrunn av disse funnene påpekt at leger, i tillegg til medisinske opplysninger, bør fortelle kvinnene om vanlige psykiske reaksjoner etter provosert abort slik at de kan være forberedt. Jeg tok kontakt med Broen for å høre om hun hadde stilt noen spørsmål til kvinnene som kunne belyse legens praktisering av loven.

I Broens studie inngikk to spørsmål til kvinnene angående informasjon hun hadde fått av legen,- enten hos fastlegen eller på sykehuset. Hun spurte om kvinnene hadde fått informasjon om a) de fysiske ettervirkningene og b) de psykiske virkningene. Resultatet av disse spørsmålene er ikke med i doktoravhandlingen. På bakgrunn av min forespørsel gikk hun gjennom materialet for å se informantenes svar på disse to spørsmålene. Resultatet viste at 9 av 80 oppga at de ikke hadde fått noen informasjon om de fysiske ettervirkningene etter abort. 35 av 80 oppga ikke å ha fått noen informasjon om de psykiske ettervirkningene (Personlig meddelelse).

Broens funn bekrefter Skjeldestads forskning som konkluderer at kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner kan og bør bli bedre.

4 Metode

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene, vil jeg gjennomføre to undersøkelser:

- 1) Kartlegge lovkrav til informasjon og veiledning ved hjelp av juridisk metode
- 2) Kartlegge praksis ved hjelp av en intervjuundersøkelse

4.1 Juridisk metode

Andenes forklarer at juridisk metode skal fortelle oss hvordan løse et rettsspørsmål. Metoden består ikke av regler, men av retningslinjer for hvordan man skal gå fram (Andenæs 2003: 44). Retningslinjene går spesielt ut på hvilken vekt de ulike rettskilder skal tillegges.

Rettskildenes ulike vekt, kommer tydelig fram i Høyesteretts avgjørelse. Når det gjelder gruppering av de aktuelle rettskildefaktorene, vil jeg videre bruke Molvens kategorisering (2009: 29). Som relevante rettskilder for min problemstilling er abortloven den viktigste. Først vil jeg få avklart hva loven sier om legens informasjons- og veiledningsplikt. Jeg vil også se på forskriftene til loven, som er bestemmelser som er gitt av forvaltningen etter fullmakt fra Stortinget. Forskriftene har som rettskildefaktor samme vekt som loven.

Forarbeidet til abortloven vil så være av stor betydning å granske, da dette er den rettskilden som veier tyngst etter selve loven og forskriftene. Til lovforarbeid regnes de skrevne dokumenter som ligget til grunn for lovene, som innstillinger fra stortingskomiteene, odelstingsproposisjoner og offentlige utredninger (NOU). I lovforarbeidene gis ofte anvisninger på hvordan bestemte ord eller uttrykk skal forstås.

Derne vil jeg gå gjennom aktuelle rundskriv og veiledninger, som er av høy viktighet. Rundskrivene og veiledere med retningslinjer er en del av forvaltningspraksis. De inneholder fortolkninger av lover og forskrifter, men er ofte også avskrift av proposisjoner. Her kan jeg finne ut hvordan departementet og direktoratet fortolker og anbefaler å praktisere lovene (Molven 2009: 32).

Jeg vil deretter gå gjennom aktuelle skriftlige prosedyrer og informasjonsmateriale utgitt av norske helsemyndigheter. Disse er ikke å regne som rettskilder, men ses som anbefalinger av hva pasienten kan forvente å få av informasjon- og veiledning. Det har etter at abortloven ble

vedtatt, generelt ut fra pasientrettighetsloven blitt et økt fokus på pasientens rett til informasjon. Helsedepartementet har de senere årene utgitt tre informasjonsbrosjyrer om abort: ”Om abortloven”, ”Til deg som vurderer abort” og ”Rutiner ved svangerskapsavbrudd”. Disse brosjyrene ser jeg som et uttrykk for ønsket praksis, i samsvar med pasientrettighetsloven, at kvinnen skal ta et informert valg. Dersom det fins skriftlige prosedyrer eller skjemaer som legene bruker vil disse også ligge til grunn for analysen.

4.2 Kvalitativ metode

4.2.1 Begrunnelse

For å svare på forskningsspørsmål 2: «Hvordan blir informasjons- og veiledningsplikten praktisert av leger?» har jeg valgt å gjøre bruk av en intervjuundersøkelse. Valg av kvalitativ metode er tatt ut fra et ønske om å få tak i dybdekunnskap om hvordan samtalen mellom legen og kvinnen foregår.

Malterud beskriver kvalitative metoder som forskningsmetoder som er aktuelle for beskrivelse, analyse og forståelse av fenomener. Innen det medisinske fagfeltet har de sin spesielle styrke i å undersøke menneskelig samhandling og erfaring (2011).

Jeg vurderte om jeg skulle velge kvantitativ metode. Kvantitativ forskning avdekker korrelasjon mellom faktorer, men gir ofte overfladisk forståelse. Ved bruk av spørreskjema og kvantitativ metode, ville de opplysningene jeg fikk kunne være mer representative. Min kunnskap om legers travle hverdag gjorde at jeg raskt innså at jeg ville få vansker med å rekruttere mange informanter.

Kvalitativ forskning benyttes når man ikke vet så mye om et felt, slik som i min forskning der jeg vil finne mer ut av hvordan leger forholder seg til informasjons- og veiledningsplikten. Betingelsene for kvantitativ metode er da mindre til stede (2011: 29). For at kvantitativ metode skal brukes må man kjenne fenomenet godt nok til å kunne gi en meningsfylt og entydig definisjon på de variablene man vil bruke. Et spørreskjema viser overflaten, men med intervjuer kan jeg få «tykke beskrivelser» av hva leger gjør og tenker.

Malterud beskriver at kvalitative studier har sin styrke i å levere kunnskap om fenomeners egenart. Dette er nyttig forskningsstrategi når man vil få fram karaktertrekk, egenskaper og

kvaliteter ved de fenomener man studerer, og kan åpne for nye kunnskap. Kvalitativ metode kan dessuten bidra til å presentere mangfold og nyanser(2011). Dette vil være aktuelt i min studie. Ved å komme nært innpå den aktuelle situasjonen kan jeg få bedre forståelse for legens situasjon. Min oppfatning er at store variasjoner vil komme til syne, basert på legenes subjektive beskrivelser av samtalen.

Når jeg velger kvalitativ metode er det også fordi jeg ønsker å ta utgangspunkt i studieobjektets perspektiv (Alvesson og Sköldberg 2008). Jeg ønsker å være nysgjerrig og åpen i mitt møte med informantene og tror derfor at kvalitativ metode best vil kunne få fram innholdet i legens konsultasjon.

Mitt mål med denne studien er ikke generalisering og representativitet, men å skape et grunnlag for en dypere og utvidet forståelse for samtalen som leger har med kvinner som vurderer abort/ er abortsøkende. Intervjupersonen tolker virkeligheten når han beskriver den, og presenterer dermed tolket empiri (Alvesson og Sköldberg 2008: 20). Jeg forholder meg til en allerede tolket verden (Gilje og Grimen 1993: 50). Dette tolker jeg videre ved å presentere mitt utvalg av funnene.

Malterud påpeker at det kvalitativ metode har blitt mer akseptert, også i medisinsk forskning (2011). Da jeg skal henvende meg til leger er dette av betydelse.

4.2.2 Utvelgelse

For best å belyse min problemstilling valgte jeg det som Johannesen m.fl (2010: 106) kaller et strategisk utvalg. Informantene er ikke representative for populasjonen, men er valgt på bakgrunn av blant annet riktig profesjon, lengde på arbeidserfaring og tilgjengelighet (Malterud 2011).

Når det gjelder antall informanter sier Malterud og andre metodeeksperter at man skal tone ned kravet til så-og-så-mange, og at man heller skal begynne og så se underveis når man opplever at man har fått belyst spørsmålet tilstrekkelig (2011). På grunn av oppgavens omfang og at jeg bruker to metoder ser jeg det nødvendig å begrense meg til å intervju 6 fastleger.

Det vil være svært viktig å få en bredde på utvalget, da det er avgjørende for hva jeg skal ha grunnlag for å si noe om (Malterud 2011). Ved å velge fastleger i ulike byer, av begge kjønn og variasjon i alder får jeg størst mulig bredde i undersøkelsen. Dette gjør at jeg kan få fram variasjon i praksis da nyanser, opplevelser og den enkeltes erfaring representerer sannheten i kvalitativ forskning.

Henvendelser er gjort til et ganske bredt utvalg leger. Jeg gjennomførte intervju med seks fastleger i Oslo, Buskerud og Østfold. Av disse var to kvinner og fire menn, i alder fra 35 til 68 år. De hadde ulik lang arbeidserfaring som allmennleger, fra 2 til 36 år. Fire av dem hadde i tillegg erfaring fra helsestasjon for ungdom. Jeg fikk kontakt med informantene på ulike måter. Kontaktinformasjon til flere fastleger fikk jeg via medstudenter og helsepersonell jeg kjenner, av disse fikk jeg tre positive responser. Videre brukte jeg «snøballmetoden», der jeg spurte de jeg intervjuet om de kjente andre kollegaer som kunne det være aktuelt å ha med i undersøkelsen (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2010: 109). I en kommune ble det sendt ut mail med forespørsel til alle fastlegene via min kontakt. Her fikk jeg ingen respons. En mulig årsak er at fastlegene allerede mottar en stor mengde informasjon via mail og at dette var en uegnet måte å rekruttere informanter på. For å få et tilstrekkelig antall informanter, sendte jeg derfor navngitte brev til et titall fastleger i en annen kommune. Her fikk jeg respons tilbake fra flere enn det jeg trengte.

4.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Før jeg startet intervjuene ville jeg gi informantene en kontekst for intervjuet gjennom å sende dem et informasjonsskriv. Her definerte jeg formålet med studien, bruken av båndopptaker, anonymisering og at alt innsamlet materiale destrueres når masteroppgaven er avsluttet. Med dette ønsket jeg å bygge opp et godt tillitsforhold med legene.

Intervjuene ble gjennomført i januar/februar 2013. Jeg hadde samme type intervju med alle informantene og møtte dem personlig, de fleste på eget legekontor. Vi hadde satt av en time til hvert intervju og i gjennomsnitt ble denne tiden brukt. Det ble foretatt et pilotintervju, for å teste ut om spørsmålene som en validering av intervjuguiden. Det viste seg at spørsmålene var tydelige og relevante, piloten ble derfor inkludert i den videre studien.

Som intervjuform brukte jeg semistrukturert intervju som er intervjuer basert på intervjuguide (vedlegg), som er en anerkjent forskningsmetode (Malterud 2011). Ved å ha forholdsvis mange strukturerte spørsmål sikret jeg at fokus ble holdt innenfor de temaene jeg ønsket å se nærmere på. Da tenkte jeg spesielt på å finne ut av hvordan de forholder seg til det regelverket som finnes om informasjons- og veiledningsplikt (om de kjenner det, om de overholder det). Jeg ville vite hva de informerer/veileder om og hvordan de ser på det å informere/veilede, om noe er vanskelig med denne type konsultasjoner.

I tillegg til spørsmål som ivaretok tematikken stilte jeg åpne spørsmål for å holde på nærheten til praksis; kan du fortelle meg hva som skjedde? Det er viktig å spørre utfyllende; gjelder det alle? Overfor alle eller hvem? Fordi formen på intervjuet er såpass fleksibel vil jeg foruten å få svar på spørsmålene mine, samtidig kunne utforske nye og overraskende temaer som måtte dukke opp. Jeg ville prøve å få beskrivelser, få fram hva som skjer i konsultasjonsprosessen. Malterud omtaler denne metoden som tjenlig for å få kunnskap om helsepersonells ulike vurderinger (2011).

Det var av interesse å prøve å få fram om det er noe som hindrer/fremmer optimal god veiledning/informasjon. Opplever legen det utfordrende med korte konsultasjoner og tidspress? Kompliseres det av at det er et vanskelig tema? Har legen en følelse av ikke å strekke til? Med dette ønsket jeg å få fram flere fenomener som eventuelt kunne være med å belyse problemstillingen.

Aktuelt var det å spørre om fastlegene kjenner til regelverket og hvordan de forholder seg til myndighetens anbefalinger. Dette inkluderer det som finnes av materiale fra helsemyndighetene til utdeling til kvinner som vurderer abort. Jeg vil se på om fastlegekontorene har slikt materiale og om de deler det ut. Hvorvidt fastlegen bruker det anbefalte materialet, handler i stor grad om legens ansvar for selvledelse. Som en bakgrunn for å forstå det som skjer i praksis vil det være interessant å finne ut hvor relevant myndighetenes direktiver oppfattes. Det har hele tiden vært viktig for meg å forsøke å ta på meg «forståelsesbrillene». Det fins ingen «rene» opplevelser sier Johannessen, men det er den fortolkningen folk selv gjør som jeg som forsker er interessert i (2010: 83).

4.2.4 Transkribering og kategorisering

Intervjuene ble transkribert ordrett for å sikre at alle nyansene skulle komme frem. Denne teksten var det empiriske materialet og ble brukt som grunnlag for analysen av dataene (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2010). Jeg valgte å skrive ut intervjuene selv av flere årsaker. Det handlet om å sikre informantenes anonymitet og ikke minst verdien av å høre nøye gjennom råmaterialet selv (Malterud 2011: 77). Transkripsjonen var mer tidkrevende enn jeg hadde trodd, men svært nyttig da det ga rom for refleksjon og jeg ble mer kjent med materialet underveis.

I kvalitativ forskning innebærer analyse å se etter, trekke ut og skape mønstre eller temaer fra datamaterialet (Malterud 2011). Analyseprosessen foregikk i flere runder, der jeg stadig ville forsøke å bevisstgjøre egne antakelser, og forsøke å se nye sammenhenger og å oppdage nye, interessante tema. Jeg organiserte funnene fra juridisk metode og kvalitativ metode under begrepene informasjon og veiledning. Alt ble inndelt i de tre aktuelle temaene jfr. pkt. 5.1-5.3. Dette ble gjort parallelt for å ha muligheten til å se om det var samsvar mellom lov og praksis. Det har vært viktig å prøve å identifisere mønstre, få fram sammenhenger og prosesser som kan fortettes og til slutt gi grunnlag for nye beskrivelser i forhold til mitt forskningsspørsmål 2; Hvordan blir informasjons- og veiledningsplikten praktisert av leger? Funnene presenteres i form av sitater, noen ordrett og andre som jeg har i hovedsak har tatt ut meningen av.

4.3 Egen forforståelse

Som forsker kommer jeg ikke forutsetningsløst til forskningen, og har ingen mulighet til å forholde med objektiv til fenomenet som skal studeres. Tekstene blir tolket ut ifra min forforståelse. I hermeneutikken foregår tolkningsprosessen i en dialektisk sirkel der forskers forutsetning og forforståelse møter forskningsfeltets tekst og teori om emnet, og ny forståelse dannes gjennom deltolkninger, dialog og redannes videre (Alvesson og Sköldberg 2008: 211). Utfordringen blir å fortolke en allerede fortolket virkelighet og se med kritisk blikk på forskningsprosessen.

En av grunntankene i hermeneutikken er at vi forstår på grunnlag av visse forutsetninger (Gilje og Grimen 1993: 148). Dermed vil min forforståelse som forsker påvirke min

forskning, noe som er nødvendig for å ha en ide om hva forskningen skal se etter og hva jeg forventer å finne. Min forforståelse er de brillene jeg ser gjennom når jeg vil ha en fortolkende tilnærming i min oppgave. At jeg selv oppfatter abort som å avbryte et liv, påvirker min rolle som forsker. I tillegg leder jeg en ideell organisasjon som jobber ut i fra at det er moralsk galt å avbryte et liv, også et barn i mors mage. For å minimere at jeg bevisst eller ubevisst leter etter funn for å bekrefte min egen forforståelse, har jeg etterstrebet å få data fra leger som kunne tenkes representere størst mulig bredde.

I brevet til informantene står det hvilken organisasjon jeg leder, da det har vært viktig ikke å holde noe skjult. Jeg har vurdert om det er mulig for meg å intervju leger som vet hva jeg verdimessig står for. Det er tenkelig at min rolle kan ha en innvirkning på de som intervjues. For å minimere denne risikoen har jeg prøvd å holde spørsmålene i intervjuguiden kun til problemstillingen, slik at min forforståelse ikke skulle påvirke informantenes svar i for stor grad. Jeg har hele tiden ønsket å være bevisst på min egen rolle når det gjelder troverdighet, både overfor informanter men også overfor data jeg behandler og presenterer.

4.4 Reliabilitet og validitet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er datas pålitelighet eller reliabilitet. Som Johannessen sier knytter dette seg til undersøkelsens data: hvilke data som brukes, hvordan de samles inn, og hvordan de bearbeides (2010: 229). Innenfor kvalitativ forskning snakkes det i denne sammenheng om troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet som mål på hvor god kvaliteten er. Reliabilitet har spesielt vært en utfordring med tanke på at temaet er verdiladd og at det handler om vanskelige situasjoner som kan være sensitive for legen å snakke om. Derfor har det vært viktig å gi en åpen og detaljert framstilling av framgangsmåten i forskningsprosessen.

Når det gjelder validitet tar intervjuanalysens resultater ikke sikte på å være representative. For å studere det fenomenet jeg ønsket å se nærmere på var det hensiktsmessig å bruke et strategisk utvalg og kvalitativ metode. Jeg ønsket å gjøre noen «dypdykk».

Min studie med kun 6 informanter vil gi meg et begrenset bilde av virkeligheten. Innsamlede data er uansett ikke selve virkeligheten, men representasjoner av den. Hvor relevant data i denne studien representerer det generelle fenomenet er viktig for validiteten (Johannessen,

Tufte og Kristoffersen 2010: 69). Her handler det om hvor godt jeg klarer å få svar på det jeg har til hensikt å undersøke.

Det kan stilles spørsmål ved om mine funn hadde blitt oppfattet mer troverdig om jeg hadde flere informanter. Noen mener at kvalitativ forskning skal pågå helt til man oppnår ”datametning”, det vil si at neste informant ikke tilfører ny kunnskap. Jeg støtter meg til Malterud som sier at data fra et lavt antall informanter (fire til syv) kan være tilstrekkelig for å gi et rikt materiale (2011: 60). Dette forutsetter at jeg som forsker har gjort godt teoretisk forarbeid, har grundig feltkunnskap og har en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse.

En utfordring med denne studien er knyttet til utvalg. Jeg har vurdert om legens verdisyn ville bety noe for problemstillingens besvarelse og likeså for hvem som takker ja til å bli med i en slik studie. Det at jeg har fått noen av informantene gjennom mine kontakter i helsevesenet i tillegg til gjennom medstudenter på en verdibasert høgskole, kan være en svakhet. Det kan stilles spørsmål ved om jeg med dette rekrutterer informanter som tenker likt som meg selv om denne problemstillingen. På den andre siden er det ikke gitt at de kontakter som har gitt meg noen navn deler mitt eget verdisyn. For at funnene skal bli oppfattet troverdige har jeg også sendt ut brev og mail bredt til fastleger på to geografiske områder for om mulig å få tak i bredden. Det er likevel en mulighet at jeg ender opp med et utvalg som er mer enn gjennomsnittlig opptatt av problemstillingen. I en travel hverdag er det ikke utenkelig at det er lettere å prioritere noe man mener er viktig. Legenes verdisyn er ikke noe jeg spør om, men det har vært viktig for meg å prøve å unngå å rekruttere kun de som kan tenkes være mine meningsfeller. Jeg har derfor vært bevisst på å prøve å få informanter med størst mulig bredde. For å sikre validiteten bruker jeg mange sitater fra informantene og er opptatt av å finne kulturelle mønstre.

4.5 Etiske betraktninger

Det har vært nødvendig å gjøre etiske avveininger i hele prosessen, spesielt i forhold til egen for forståelse, utvalg, gjennomføringen av intervjuene og studien i sin helhet. Jeg vil her gjøre rede for dilemmaer jeg ble stilt ovenfor underveis og hvilke verdiavveininger jeg gjorde.

Det stilles strenge krav til informert samtykke fra informantene. De var fra tidlig start godt informert og deltok helt frivillig: Alle deltakerne fikk brev med informasjon om studien og tok selv kontakt med meg dersom de ville bli med. De ble opplyst om at det var anledning til å trekke seg i alle faser av studien, og det empiriske materialet deltageren har bidratt til å skape vil da bli slettet. Ingen trakk seg.

Informantenes anonymitet har blitt ivaretatt: Lydopptak og transkripsjoner fra intervjuene er bare tilgjengelige for meg, og ble oppbevart utilgjengelig for andre. Det vil ikke være mulig å identifisere personer i den resulterende oppgaven. Utfordringen knyttet til anonymitet er spesielt aktuelt når dokumentasjon og sitater skal formidles. Informantene blir bare referert til som lege og det nummeret jeg ga dem etter hvert som de ble intervjuet. Det fremkommer heller ikke hvor de enkelte informantene jobber.

Dette prosjektet innebærer å bestyre personopplysninger kun i forhold til leger (lydopptak, transkripsjoner) og pasienter er ikke involvert. Informantenes navn kan ikke kobles til intervjuet. Siden jeg aidentifiserte informantene var jeg verken søknadspliktig til Personvernombudet eller Regional etisk komité. Når masteroppgaven er avsluttet vil alt innsamlet materiale destrueres.

For at informanten skulle kunne stole på meg som forsker har jeg vektlagt åpenhet. Jeg har også møtt informantene der de har foreslått tid og sted. Ved å ha en lyttende holdning underveis i samtalen, har jeg ønsket å bekrefte dem som personer og deres rolle som profesjonsutøver. Når jeg studerer informantens situasjon utenfra, vil mitt perspektiv som oftest være forskjellig fra informantens forståelse av sin situasjon. Hvordan informanten opplever forskerens forståelse kan bli et etisk problem. Derfor har jeg forsøkt å forvalte det innsamlede materialet med respekt, slik at informantens utsagn legges fram på en empatisk og respektfullt måte (Everett og Furseth 2012). Ved å ha en bevissthet om at informantene selv skal kunne lese oppgaven har prøvd å forvalte den nærheten jeg har fått i intervjusituasjon og etterstrebe at informantene ikke opplever seg misbrukt. Det er ikke uvanlig at informanten kan bli provosert av forskerens tolkninger, spesielt i forbindelse med egne sitater. For å tilstrebe etisk ansvarlighet har jeg markert et tydelig skille mellom presentasjon av data fra informantene og eget perspektiv. Ved å ha en bevissthet rundt tolkningene som presenteres, ønsker jeg å gi informanten en opplevelse av å ha blitt forstått.

Dette er i tråd med et generelt etisk prinsipp at informanten ikke skal ta skade av å være med i forskningsprosjektet (Thagaard 2009: 211-214).

Noen informanter vil kunne synes at temaet er vanskelig å snakke om, noe som kan øke stressopplevelsen. For å dempe denne stressen forsøkte jeg å være imøtekommende og bekreftende. Det at jeg som jordmor kjenner til feltet, systemet og fagområdet jeg skulle studere tror jeg har vært en fordel. Vi snakket samme språk og jeg opplevde å ha åpne og nære samtaler med de fleste av informantene.

4.6 Metoderefleksjon

Når rettskildene som omhandler informasjons- og veiledningsplikten etterlater uklarhet om hva som er innholdet i rettsregelen, gir det mer rom for skjønn. Dette har betydning for legene som skal anvende dem. Molven forklarer at det i praksis betyr at de kan handle ut fra det de ser som faglig riktig, etisk forsvarlig og i samsvar med profesjonens yrkesetikk (2009: 39). Det er likevel noen grenser for hva som er lovlig skjønn. Skjønnets må ta hensyn til hva som er rettferdig, hva som er likhet, hva som er rimelig interesseavveining og hva som er de viktigste verdiene å ivareta tilpasset den aktuelle situasjonen (Molven 2009).

Ved bruk av kvalitativ metode kommer jeg nært inn på de personene jeg som forsker er interessert i å vite noe om. Jeg har prøvd å være bevisst på at min tilstedeværelse som intervjuer, spørsmålsstilling og rolle kan ha hatt innvirkning på de som intervjues.

Johannessen beskriver dette som en intervjuereffekt (2010: 143). Spesielt med tanke på min rolle som leder av en organisasjon med et tydelig verdisyndpunkt i temaet jeg undersøker. Jeg opplevde å bli tatt i mot av informantene på en imøtekommende måte. I noen situasjoner fikk jeg en opplevelse av at de oppfattet at jeg var der for å kontrollere at de utførte jobben sin på en akseptabel måte. Enkelte beklaget at de ikke ga kvinnene god nok informasjon og veiledning. Jeg måtte flere ganger presisere at jeg var der for å studere og ikke kontrollere praksis.

Selve forskningsprosessen kan også virke inn på fenomenet som studeres. Enkelte av informantene sa at det å lese informasjonsbrevet mitt hadde satt i gang en tankeprosess hos dem. I oppstarten tenkte jeg at jeg måtte velge å bruke kvantitativ metode slik at jeg som forsker da kunne holde meg lengst unna intervjuobjektene, for å sikre at jeg ikke påvirket dem

med mine egne holdninger. Når jeg likevel valgte kvalitativ metode har jeg vært bevisst på å opptre så objektivt som mulig både i forkant og under intervjuet. Jeg har vært en interessert lytter og hatt muligheten til full konsentrasjon under intervjuene da jeg har benyttet båndopptaker.

Forskningsspørsmålene og anvendt teori i denne studien vil kunne bidra til å besvare en del av problemstillingen, men vil bare kunne gi deler av et bilde av virkeligheten (Malterud 2011). Det er en svakhet ved denne studien at det kun er legenes egenrapportering av hvordan de informerer og gjennomfører konsultasjonen som ligger til grunn. Det er en fare for at det kan bli noe "skjønnmaling", det vil si at legene svarer på det de burde ha gjort mer enn det de faktisk gjør. Spørsmålet er hvor ærlige legene vil være og hvorvidt dette vil gi meg pålitelige data. Det er den reelle beskrivelse av praksis som jeg ønsker å få fram. I møte med informantene var mitt inntrykk at de var ærlige. Men det er prinsipielt problematisk at det ikke er noe objektivt korrektiv.

Det optimale hadde også vært å intervju legenes pasienter, for å få deres opplevelse av mottatt informasjon og veiledning. Det kunne bidra ytterligere til å belyse hvorvidt legens informasjons- og veiledningsplikt er. Begrunnelsen for å velge bort kvinnene er at det både er tidkrevende og vanskelig å få tak i dem på grunn av taushetsbelagt informasjon. Dersom jeg skulle ha intervjuet pasienter hadde jeg også behov godkjennelse av REK (de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), noe som ville medført en lang godkjenningsprosess.

5 Funn og resultater

Legens informasjons- og veiledningsplikt står omtalt i tre av abortlovens paragrafer:

Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg (1978: §2).

Kvinne som har begjært svangerskapsavbrudd....., skal av legen gis opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger. Legen skal også gi informasjon og veiledning om bistand....., dersom kvinnen ber om det (1978: §5).

...skal legen, når kvinnen har mottatt opplysninger, informasjon m.v....., straks sende begjæringen sammen med en skriftlig henvisning...(1978: §6)

Denne bestemmelsen må ses i lys av formålet med loven, som defineres i formålsparagrafen, § 1:

Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig (1978).

Det kan ses som et tydelig signal fra lovgiver når det i formålsparagrafen står at samfunnet skal sørge for at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig. Gjennom kunnskap og veiledning skal man skape ansvarsbevisste holdninger som igjen skal lede til ønsket handling. Formålsparagrafen kan tolkes dithen at det er av vesentlig betydning å sikre at kvinnen tar et informert og veloverveid valg. Når det kommer til begjæring om abort, pålegger lovgiver legen å utøve deler av dette samfunnsansvaret. Slik jeg ser det inneholder informasjons- og veiledningsplikt i abortloven følgende elementer:

I. Informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger

II. Informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne

III. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg

Endringene i loven i 1978 innebar at kvinnen ble fri til å handle som hun selv ville, hun behøvde ikke lenger få behandlet sin sak i nemnd. «Etter abortlovens regler står kvinnen helt sentralt både som søker, som saksopplyser og som beslutter innen svangerskapets første 12

uker» (Syse 1993a: 29). Men det er likevel et samfunnsansvar å drive informasjons- og holdningsskapende arbeid for å forebygge uønsket graviditet (ved familieplanlegging) og abort.

I samsvar med problemstillingen, jf kapittel 2, vil kravene til informasjon og veiledning som følger av rettsreglene i hovedsak styre hva jeg spør om og fremstiller fra intervjuene med legene. Den hermeneutiske analysen av materialet viser en stor variasjon på hva de seks fastlegene gir av informasjon og veiledning i konsultasjonen med den abortsøkende kvinnen. Det fremgår hvor ulike deres samtaler med kvinnene blir, også avhengig av deres relasjon og kvinnens situasjon.

Lovkravene og funnene fra praksis presenteres med utgangspunkt i de tre elementene jeg har valgt å inndele informasjons- og veiledningsplikt i abortloven i, jf. I-III ovenfor. Deretter vil jeg systematisk analysere og drøfte praksis opp mot rettsreglene. Informantene vil bli omtalt som L1, L2, etc.

5.1 Informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger

5.1.1 Hva rettskildene sier

Loven, forskrifter og lovforarbeid omtaler gjennomgående informasjon om inngrepet og medisinske virkninger sammen. Jeg vil derfor omtale begge deler under samme punkt.

I abortloven sies det at: «... en kvinne som har begjært svangerskapsavbrudd, skal av legen gis opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger» (Abortloven §5). Videre står det:

Dersom inngrepet kan foretas før utgangen av tolvte svangerskapsuke skal legen, når kvinnen har mottatt opplysninger, informasjon m.v. som nevnt i § 5 annet ledd, første punktum, straks sende begjæringen sammen med en skriftlig henvisning, til den avdeling eller annen institusjon hvor inngrepet skal utføres (Abortloven §6).

Forarbeidene til loven (Helse- og omsorgsdepartementet 1978: 15) tydeliggjør at informasjonen som skal gis er legens ansvar:

Et viktig spørsmål er hvem som skal være ansvarlig for at kvinnen får den nødvendige informasjon innen hun treffer sin avgjørelse om svangerskapsavbrudd. Den rådgivning som er obligatorisk dekkes av bestemmelsene i gjeldende lovs §5 annet ledd. Dette er

det minimum av informasjon som enhver skal få. Det er rimelig at denne informasjon blir gitt av lege.

Legens informasjon skal også inkludere risikomomentene: «Det er også en forutsetning at hun blir informert om inngrepets art og konsekvenser, bl. a. med henblikk på de risikomomenter som en forbinder med inngrepet» (1978: 15).

I merknaden til lovbestemmelsen gjøres det rede for hvordan denne informasjonen skal presenteres: «Opplysningene skal være nøkterne og saklige, og skal ikke være hverken skremmende eller bagatelliserende» (Sosial- og helsedepartementet 2001: 19).

Rundskriv og veiledere tilknyttet abortloven omtaler ikke informasjons- og veiledningsplikten spesifikt. I skjemaet «Begjæring om svangerskapsavbrudd» sies det imidlertid at legen «..som har skrevet under nedenfor har gitt meg opplysninger om inngrepets art og medisinske virkninger». Skjemaet skal sendes til avdelingen på sykehuset som utfører inngrepet, med kopi til journalen, legen og kvinnen (Helsedirektoratet 1978).

Det fins flere informasjonsbrosjyrer om abort utgitt av Sosial- og helsedepartementet. Disse er ikke å regne som rettskilder, men ses som anbefalinger om hva kvinnene kan forvente å få av informasjon- og veiledning.

I brosjyren "Om abortloven" står det at:

Den legen kvinnen henvender seg til har plikt til å gi informasjon om hvordan abortinngrepet gjennomføres og om mulige komplikasjoner. Når kvinnen skriver under på abortbegjæringen, må hun samtidig bekrefte at hun har fått opplysninger om inngrepet og eventuelle komplikasjoner (Sosial- og helsedepartementet 2002a).

Brosjyren: "Rutiner ved svangerskapsavbrudd" gir en grundig gjennomgang om de to abortmetodene som fins og om komplikasjoner (Sosial- og helsedepartementet 2002b). Innholdet i brosjyren beskriver grundig abortinngrepets art og om medisinske virkninger, inkludert komplikasjoner. Utover det rent medisinske, omtales også den psykiske dimensjonen: «..etter en abort kan det oppstå psykiske reaksjoner. Det kan være skyldfølelse, selvbekreidelse eller sorg» (2002b).

Samlet kan det sies at legen har en plikt til å gi kvinnen følgende faktaopplysninger om abort: Informasjonen om inngrepets art og medisinske virkninger som inkluderer risikomomentene

som er forbundet med inngrepet. Opplysningene skal være nøkterne og saklige, og skal ikke være hverken skremmende eller bagatelliserende. Det kan ses som en kvalitetssikring at kvinnen skal signere på skjemaet der hun bekrefter at hun har fått denne informasjonen.

Helsemyndighetenes informasjonsbrosjyrer som må ses som anbefalinger, går lengre enn dette. Her vektlegges mer enn det rent medisinske. Informasjonen inneholder også mulige psykiske ettervirkninger.

Et minimum av informasjon som skal gis er god og grundig forklaring på hvordan medisinske og kirurgiske aborter utføres og hva som skjer underveis i prosessen, inkludert risikomomenter som kan oppstå. Informasjon skal alltid tilpasses den enkelte pasient. Det er ikke tydelig hvorvidt legen skal gi informasjon om de psykiske ettervirkningene. Denne kunnskap var ikke tilgjengelig da loven ble vedtatt. Dagens kvinner bør antageligvis få informasjon om at det kan oppstå psykiske reaksjoner etter en abort, da helsemyndighetenes brosjyrer omtaler dette.

5.1.2 Hva legene sier de gjør

Informasjon om inngrepets art

Alle legene oppga at de gir informasjon om abortinngrepet, men grundigheten var varierende. Her inngår alt fra å si det er to metoder, medisinsk eller kirurgisk abort, til fyldig informasjon om hva inngrepene går ut på. En av legene sa at han ikke kjente til noen lov om beskrev dette, selv om han kjente til kvinnens rettigheter om selvbestemt abort. Flere av legene var derimot opptatt av å få fram at de tar sitt ansvar og oppfyller kravene i loven. En informant poengterer at han er pliktig til å informere om hvordan abort foregår. En annen sa:

Men det er liksom min oppgave som primærlege å fortelle, du har en pasient og du på en måte skal hjelpe, hvis det er noe hun lurar på i det medisinske, så er det plikt å hjelpe og jeg har ingen egen agenda, ikke sant, jeg er veldig lojal mot lovverket (L6).

Gjennomgående ser informantene det som sin jobb å gi nøktern informasjon om abortinngrepet og prosessen rundt det. En av legene synliggjør at det er ulik vanskelighetsgrad i oppdragets innhold:

...man kan si det er to deler da, det er på en måte en lett og en vanskelig. Den lette er det rent tekniske eller det formelle...hva som vil skje om de søker en abort.. ...det

informative er selvfølgelig det å gå gjennom hva et abortinngrep er. Rent hva som skjer prosedyremessig, sånn kirurgisk versus medisinsk abort...(L2).

De fleste legene tar utgangspunkt i medisinsk abort som den vanligste metoden. De forklarer at kvinnen blir forundersøkt på sykehuset, der de får en vurdering om det ligger til rette for medisinsk abort. En informant forklarer prosessen slik;

Minimum, jeg informerer om altså de juridiske grensene i forhold til når man kan ta abort, det er jo vanligvis kjent da, men det hører med. Jeg beregner hvor langt hun har kommet i svangerskapet og informerer om det...og så informerer jeg om metodene.. At det er en tablett og så drar de hjem og så kommer de tilbake etter to dager og så er det vel tre tabletter.. så en tablett til og så blir de i hvert fall lagt inn for noen timer hvor de da blør ut dette svangerskapet. (L4).

Det å ha tid nok oppleves av flere som en utfordring, spesielt fordi noen av disse konsultasjonene settes opp som akutt time. I en travel arbeidsdag med fulle venterom handler det om hva man må og kan prioritere:

Jeg tror vel at alle (kollegaene) er obs på disse tingene og tenker at dette er viktige ting. Så vil nok sikkert graden av det variere fra person til person og sikkert også fra tid til tid hvor presset man er ikke sant. Noen ganger kommer man, nå i forrige uke, når det var masse influensa som satt på venterommet, akkurat en sånn dag får man kanskje dårligere informasjon enn om de kommer når vi har litt god tid (L1).

På bakgrunn av dette, kan det virke tilfeldig hvor god informasjon de ulike kvinnene får, selv om legen i utgangspunktet har de beste intensjoner. Flere praktiserer å tilby kvinnene en ny time og at de helst får en konkret avtale før de går hjem. Når det gjelder den lovpålagte informasjonen, mener L2 det er viktig å gi den uansett om kvinnene virker interesserte eller ikke: «...da bruker jeg informasjonsplikten min litt. Jeg sier at du vet det er en del ting som du må vite eller som jeg må si og da bare durer jeg litt på det, på en måte» (L2).

Dette står i kontrast til en informant som startet intervjuet med å si at han ga all informasjon som var påkrevet, så dette var ikke noe problem for ham å svare på. Han bekreftet at han følger kravet i abortloven om informasjon og veiledning. Han kunne bruke bare 5 minutter på en slik konsultasjon og sa: «De er gjerne veldig opplyst mange av dem som kommer og vil ha det (abort). Ergo jeg har ikke så mye å tilføye» (L5). Om de to alternative metodene hadde han følgende å si:

Ja nå jobber jeg ikke som gynekolog, men jeg har vært med på det under studiet noen ganger, men det er den medisinske biten jeg har vært med på, men den kirurgiske høres jo ganske hardt og brutalt ut (L5).

Gjennomgående var det vanskelig å få ham til å snakke om hvordan konsultasjonene med abortsøkende kvinner ble gjennomført. En av de andre informantene (L4) brukte minimalt med tid på å si hvordan de to ulike inngrepene foregår, da han ikke fikk spørsmål om dette og mente at det er noe de fleste kjenner til. Han understreket videre at legene på gynekologisk poliklinikk på sykehuset har et vel så stort ansvar som ham selv:

...det instrumentelle med tabletter og ... det er det viktigere at sykehuset tar hånd om, hvis man kommer til det stadiet at det er det det ender opp med.. Ja, det er de som skal foreta det inngrepet, så jeg tenker at den største informasjonsplikten rundt det hviler på de (L4).

Informasjon om medisinske virkninger

De fleste informantene informerte om den medisinske risikoen og bivirkningene, men det var stor variasjon på hvor utfyllende disse faktaopplysningene var. En informant nevnte bare at han helt kort sa: «Litt om komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med det. Jeg holder meg nok til det medisinske, rent medisinske.. (L1)». En annen av legene sa det slik:

Og så informerer jeg litt om risiko og bivirkning ved det som ved alle kirurgiske inngrep. At det er blødnings- og infeksjonsbivirkninger og at infeksjoner i verste fall kan føre til infertilitet eller subinfertilitet, for det kan alle underlivsinfeksjoner gjøre(L3).

En av de andre hadde som hovedbudskapet at det er en risikoside ved disse inngrepene, men den er veldig liten hos friske kvinner. Det er likevel viktig at de får vite noe om dette sier han;

..abortinngrepet er en risiko, men veldig liten, man kan være uheldig å stikke hull på livmoren, det er beskrevet, men det vanligste er infeksjoner og det gjelder ikke minst medisinske aborter at det blir noen rester igjen og at det blir infeksjoner og hvis de er riktig uheldige kan de teoretisk sett bli sterile. Men at dette er helt, et nesten neglisjerbart problem, i hvert fall veldig lite. Men sånn at de vet det er mulig.. (L2).

Flere var opptatt av kvinnen i tillegg til det medisinske burde få informasjon om psykiske reaksjoner som noen kvinner kan få etter abort. En av dem er opptatt av å få fram at flere enn det man tror som sliter psykisk etter en abort og sier derfor;

Litt (om bivirkninger og risiko), kanskje mest ifht den mentale bivirkningen. Jeg tenker at ...man kanskje er redd for å tørre å si litt om at dette kanskje er noe man kan få følger av for resten av livet å gå gjennom en abort og ta det valget. Så det bruker jeg litt mer tid på enn det instrumentelle med tabletter og ... (L4).

En av de andre legene forteller at hun har flere som kommer og sliter med abortvalget i etterkant. Hun sier at det er mye tabuer rundt abort som gjør at mange tenker at de skal mestre dette selv, når det er et valg de selv har tatt. Hennes erfaring er at den vanligste årsak til at de kommer tilbake etter aborten er at de trenger en fornyelse av sykemeldingen, da den blir for kort for dem. På bakgrunn av dette mener hun kvinnene bør vite følgende;

..og så sier jeg jo også at det er en del som får problemer etterpå, angrer på at dette er gjort, at de sliter psykisk i etterkant av det. Og jeg tenker at det er viktig å tenke gjennom og hvis du nå gjør dette og får det, mange har behov for å snakke med noen. Kom tilbake, så snakker vi da (L1).

Det samme poengterer en annen som sier: «Og så sier jeg noe om de psykiske tingene, at det er et valg du lever med resten av ditt liv» (L3). Disse legene beskriver på ulike måter at de bruker erfaringsbasert kunnskap til å begrunne at de informerer om de psykiske ettervirkningene. Dette er en av hovedgrunnene til at en av legene helst selv vil ha denne samtalen med sine pasienter, på tross av at ordningen i Oslo er å gå direkte til sykehuset. Hun sier at: «...veiledningen slik jeg kjenner min oppgave går mye mere på det medisinske og det psykologiske, det tror jeg fastlegen ivaretar bedre enn poliklinikken på (L1).

De fleste legene informerte om den medisinske risikoen og bivirkningene, selv om det var stor variasjon på hvor utfyllende faktaopplysninger de ga. Disse informantene var også opptatte av at kvinnen skulle få informasjon om at noen kan få psykiske reaksjoner etter abort. En av legene ga ingen informasjon om risikomomenter ved abort.

5.1.3 Forholdet mellom rettsregel og praksis

Gjennomgående oppgir informantene at de ser det som sin jobb å gi nøktern informasjon om abortinngrepet. Alle legene oppga at de gir informasjon om inngrepets art og det synes derfor å være samsvar mellom rettsregel og praksis på dette kravet.

Når det gjelder informasjon om inngrepets art var det store variasjoner på hvor grundig dette ble gjennomført. Det varierte fra at de sa det er to metoder, medisinsk eller kirurgisk abort, til utfyllende informasjon om hva inngrepene går ut på.

Disse variasjonene samsvarer med funn fra andre studier. Skjeldestad finner i sin studie at kvinnene har et stort behov for mer informasjon (2002). Av de 415 kvinnene som deltok var det 36 % som uttrykte behov for mer informasjon om inngrepet da de kom til sykehuset. Så mange som 194 kvinner hadde ikke fått informasjon av henvisende lege under begjæringskonsultasjonen. I Broens forskning var det 9 av 80 kvinner som oppga at de ikke hadde fått noen informasjon om de fysiske ettervirkningene etter abort (Broen 2006).

I merknaden til lovbestemmelsen står det at informasjonen hverken skal være «skremmende eller bagatelliserende» (Sosial- og helsedepartementet 2001), uten at det står nærmere spesifisert hva som er minimumskravet. Informasjonen må inneholde hva inngrepet går ut på. De informantene som her gir svært knapp informasjon oppfyller i beste fall lovkravet så vidt, eventuelt ikke tilstrekkelig. I Skjeldestads studie spesifiseres mulige komplikasjoner som blødning, infeksjon, sterilitet og psykiske reaksjoner (Skjeldestad 2002).

Legen i denne studien som ikke gir noen informasjon om bivirkninger bryter med lovkravet. De fleste andre legene gir informasjon om den medisinske risikoen og bivirkningene, inkludert at det kan oppstå psykiske reaksjoner etter en abort. God lovoppfyllelse forutsetter å gi informasjon om de psykiske ettervirkningene. At så mange av legene i min studie gir informasjon om at det kan oppstå psykiske reaksjoner skiller seg ut fra tidligere forskning. I Broens forskning oppga 45 av 80 kvinner å ha fått informasjon om de psykiske ettervirkningene (2006). Så få som 16 % av kvinnene i Skjeldestads studie der 432 ble spurt hadde fått slik informasjon (2002).

5.2 Informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby

5.2.1 Hva rettskildene sier

I abortloven sies det: «Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne» (1978: §2). Det står videre omtalt at: «Kvinne som har begjært svangerskapsavbrudd... Legen skal også gi

informasjon og veiledning om bistand som nevnt i § 2 første ledd, dersom kvinnen ber om det» (1978: §5).

I forarbeidet til endringene i abortloven i 1978 tydeliggjøres det hva som er hensikten med denne veiledningen:

Veiledningen overfor kvinnen skal hjelpe henne slik at hun kan treffe sitt valg. Formålet skal være å bistå kvinnen slik at hun kan komme frem til hva hun selv mener er den beste løsningen for seg.

Første ledd i §2 forutsetter at kvinnen som opplever at et svangerskap bringer henne opp i store personlige vansker skal ha rett til veiledning uansett om hun ønsker å få svangerskapet avbrutt eller ikke. Det er et generelt tilbud for å hjelpe vanskeligstilte gravide i en problem- og konfliktfylt livssituasjon. Slik hjelp kan betegnes som kriseintervensjon. Erfaringer med slik intervensjon er at svært mange kan hjelpes på effektivt vis, og ofte med forbausende beskjedne midler, f. eks. bare alminnelig menneskelig kontakt, nærhet og forståelse (Helse- og omsorgsdepartementet 1978).

I merknadene til forskrift for svangerskapsavbrudd (Sosial- og helsedepartementet 2001: 19) står det at kvinnen i tillegg skal få den informasjon og veiledning hun trenger om alternativer til svangerskapsavbrudd. Videre spesifiseres det hva dette skal inneholde:

Legen har også plikt til å informere kvinnen om at hun kan få informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne dersom hun velger å fullføre svangerskapet. Dersom hun ønsker slik informasjon og veiledning skal legen sørge for at hun får det. Det er opp til kvinnen å avgjøre om hun skal motta denne informasjonen og veiledning. Informasjonen vil omfatte aktuelle økonomiske ytelser som kvinnen vil ha rett til, og eventuelle andre aktuelle sosiale hjelpetiltak.

Veiledningen kan skje i samarbeid med sosionom, helsesøster, jordmor eller annen sakkyndig person (Sosial- og helsedepartementet 2001).

Det kom derimot en presisering fra Helsetilsynet at det kun å henvise til alternativ instans ikke er tilfredsstillende. På bakgrunn av et tilsyn med praktisering av lov om svangerskapsavbrudd ved sykehus, ble det gitt uttrykk for at henvisning til for eksempel Amatheia skulle være et supplement og ikke et alternativ til annen sakkyndig instans (Helsetilsynet 2004). Stiftelsen Amatheia (tidligere «Alternativ til abort» er en helsetjeneste som tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som er blitt uplanlagt gravide (Amatheia).

Kvinnen skal videre signere skjemaet hos legen «Begjæring om svangerskapsavbrudd» der det presiseres: «..legen har spurt om jeg ønsker informasjon og veiledning om hvilken bistand samfunnet kan gi meg dersom mitt svangerskap fører til alvorlige vansker» (Helsedirektoratet 1978).

I brosjyren "Om abortloven" (Sosial- og helsedepartementet 2002a) står det at:

Legen skal også opplyse om at kvinnen kan få informasjon om den hjelpen samfunnet tilbyr dersom hun ikke velger abort. Kvinnen trenger ikke å oppsøke denne informasjonen og veiledningen. Kvinnen må også bekrefte at hun har fått opplysninger om mulighetene for informasjon om den støtten samfunnet kan gi henne.

Når det gjelder informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby oppfatter jeg at legen er pliktig til å opplyse kvinnen om at hun kan få disse opplysningene. Det er så opp til kvinnen å be om denne informasjonen og veiledningen og da er legen pliktig til å sørge for at hun får den. Informasjonen skal omfatte det hun trenger å vite om alternativer til svangerskapsavbrudd; aktuelle økonomiske ytelser som hun vil ha rett på og eventuelle andre aktuelle sosiale hjelpetiltak. Formålet med veiledningen er å bistå kvinnen slik at hun kan komme frem til hva hun selv mener er den beste løsningen. Veiledningen kan så skje i samarbeid med sosionom, helsesøster, jordmor eller annen sakkyndig person.

Legen er ikke pliktig til å gi mer utfyllende informasjon og veiledning dersom kvinnen ikke selv ber om det. Her framgår det en forskjell i forhold til punkt 5.1.1, der legen er pliktig til å gi informasjon om inngrepet og medisinske virkninger uansett om kvinnen ønsker å høre dette.

5.2.2 Hva legene sier de gjør

Når det gjelder informasjon og veiledning om bistand som samfunnet kan tilby er det store variasjoner på innholdet. En lege sa det helt enkelt slik: «Og det sier jeg ofte da, at hvis du er i tvil, så er det hjelp å få»(L6). De fleste informantene informerer og veileder i ulik grad om støtteordninger som fins. Som en av dem uttrykte det;

...hvis de antar at de blir alenemødre så er det jo ordninger som gjør at de får økonomiske støtteordninger til det... Det er jo i den rekken... at du ikke velger å ta abort og da er det en del rettigheter faktisk. .. vi er verdensledende faktisk på støtteordninger og ...Men det hører jo med, for klart i en sånn situasjon der du sitter der med dette barnet og er alene og har ikke fått begynt på noen utdanning eller noen ting så er det jo klart at det er vesentlig at man bor i et land som Norge da, absolutt (L2).

Samtidig poengterte han at han ikke trodde dette var avgjørende for kvinnens valg og det var andre behov som var viktigere å ta tak i. Han sier det slik;

...men jeg opplever vel ikke det som, jeg har vel aldri opplevd at det er noe kvinnen er interessert i eller spør om det. Det er ikke det. Det er heller det dilemmaet, eller selve dilemmaet, altså hva gjør jeg egentlig (L2).

Flere opplever at kvinnen ikke har så stort behov for slik informasjon og veiledning i første omgang:

... overgangsstønad etter at hun har født og sånn? Ja det pleier jeg å si noe om, når vi kommer så langt. Ofte er det sånn langt uti rekka. Punkt nummer en er på en måte å klare å roe dette livet.. og det er, jeg har egentlig aldri opplevd at det har vært avgjørende spørsmål for kvinnen, dette med økonomi...(L3).

L1 informerer om at det fins mye støtte man kan få. Hun kan derimot ikke huske at hun i en abortsøkesituasjon har gitt veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby, som mødre hjem og annen konkret praktisk hjelp de kan få etterpå. Dersom det framkommer at kvinnen ikke har råd så vil hun heller anbefale henne å ta kontakt med Amatheia for å få mer veiledning og støtte. Det er flere av de legene som praktiserer å henvise kvinnene til Amatheia istedenfor å gi denne veiledning selv: «..veiledning kan jo også handle om sånn helt konkret å veilede de til å oppsøke «Alternativ til abort» og sånn..» (L3). En av legene som gjør dette rutinemessig, sier det slik;

Gir de alltid brosjyrer om Amatheia, det tar de alltid imot. Det har jeg aldri opplevd har blitt tatt noe negativt opp. Nei, sier litt om at de har også veiledning for de som velger å ta abort, og litt veiledning for de som er i litt vanskelig situasjon hvor det kanskje ikke er noen opplagt barnefar tilstede, å være aleine med et barn, om økonomiske rettigheter (L4).

Det fremkommer store variasjoner hvordan de ulike legene praktiserer å gi informasjon og veiledning om bistand som samfunnet kan tilby. Mange sier at det fins støtteordninger, alt fra: «det er hjelp å få» til mer utfyllende informasjon. De fleste sa at de sjelden opplevde at kvinnene var interessert i å få slik informasjon. Dersom kvinnene hadde behov henviste de heller til Amatheia, istedenfor å gi konkret informasjon og veiledning selv. En av informantene ga aldri noen informasjon og veiledning om samfunnets støtteordninger.

5.2.3 Forholdet mellom rettsregel og praksis

Det kan synes som det i hovedsak er et samsvar mellom rettsregelen og praksis. Fem av legene gir enten informasjon og veiledning selv om bistand som samfunnet kan tilby eller henviser til Amatheia. Legen er pliktig til å opplyse kvinnen at hun kan få informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Han er ikke pliktig til å gi mer konkret informasjon uten at kvinnen selv ber om det.

Kun tre av legene ga selv informasjon om ulike støtte som kvinnen kan få, og det kun ved behov. Det er derfor litt usikkert hvor mange som helt oppfyller lovkravet. Noen av legene oppgir at kvinnene ikke signaliserer et slikt behov. Men dette fratar dem ikke ansvaret for å si at det fins støtte å få dersom de har behov for det. Det fremkommer her at praksis er svært varierende og at det er et forbedringspotensial på dette området. Den ene legen som ikke tar opp dette punktet er ikke i samsvar med loven.

Som en parallell til dette vil jeg vise til Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg i 2011 (Kontroll- og konstitusjonskomiteen 2011: 12). Her fremkommer det at det er stor variasjon mellom fastlegene om de gir informasjon til sine pasienter om denne ordningen. Dette på tross av at pasientrettighetsloven er tydelig på at dette er pasientens rett å få vite. Nesten halvparten av fastlegene informerte hovedsakelig om fritt sykehusvalg når pasientene selv etterspurte det. Undersøkelsen viste også at færre enn ti pasienter etterspurte dette, derfor vet svært få om ordningen også. Dette viser hvor avgjørende det er for pasientens rettsikkerhet at fastlegen følger opp sine forpliktelser.

5.3 Krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg

5.3.1 Hva rettskildene sier

«Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg» (Abortloven 1978: §2).

Denne paragrafen ble endret i 1978 i forbindelse med kvinnens rett til selvbestemt abort, der hun ikke lenger måtte søke om tillatelse til å ta abort via en nemnd. I lovendringens forarbeid forklares bakgrunnen til denne endringen:

Forslaget bygger på den forutsetning at kvinnen er i stand til selv å avgjøre hvorvidt hennes svangerskap skal avbrytes eller ikke. Avgjørelsen er vanskelig. I en del tilfeller vil kvinnen trenge råd og veiledning innen hun kommer frem til sin endelige

beslutning. Det er en forutsetning at hun skal få den hjelp hun trenger før hun fatter det endelige valg. Når kvinnen ikke lenger skal overbevise nemnda om berettigelsen av svangerskapsavbrudd kan hun isteden bruke krefter til en skikkelig drøftelse av sin egen situasjon. Veiledningen må ta sikte på å hjelpe kvinnen til en løsning som hun opplever som den beste både på kort og lang sikt (Helse- og omsorgsdepartementet 1978).

Videre står det i forskriften til loven: «Dersom kvinnen ønsker annen rådgivning for selv å kunne treffe det endelige valg, kan legen informere henne om andre sakkyndige instanser».

I Sosial- og helsedepartementets brosjyre "Om abortloven" står det at «..hun trenger ikke å gi noen grunn for sitt valg» (Sosial- og helsedepartementet 2002a). Brosjyren "Til deg som vurderer abort" er rettet mot «..deg som vurderer om du skal avbryte eller fullføre svangerskapet» (Sosial- og helsedepartementet 2002c). Brosjyren gir grundig informasjon om hvor kvinner kan henvende seg for å få opplysning, veiledning og rådgivning. Det omtales både offentlige tilbud og frivillige organisasjoner som Amathea.

Jeg oppfatter kjernen i dette punktet er å tydeliggjøre kvinnens rett til selv å velge. Kvinnen er selv i stand til å ta dette valget, men samtidig må det forsikres om at dette valget er veloverveid. Det er igjen legens plikt å gi kvinnen råd når hun ber om det. Legen skal henvise til andre aktuelle instanser dersom hun ønsker ytterligere rådgivning.

Råd og veiledning står omtalt sammen i forarbeidene til loven. Jeg forstår det å gi råd som å veilede i forhold til hvordan anvende informasjonen som gis, se definisjon av veiledning i kap.2. Kvinnen møter en lege med kunnskap og erfaring som gjennom samtalen kan bidra med tanke på å treffe et valg eller finne en utvei. Veiledningen skal hjelpe til med å hente fram kvinnens egne ressurser i den aktuelle situasjonen.

Det framkommer ikke klart om råd her kan bety det samme som anbefaling. Jfr. punkt 3.3 om at legen skal gi veiledning som en «god lege», kan dette forstås som at legen kan være rettleidende i sin veiledning. Det vil antageligvis være opp til legens skjønn å vurdere kvinnens behov og tilpasse sin veiledning etter dette. Dersom kvinnen ikke tydelig ber om råd er det ikke klart hvordan legen skal forholde seg. Jeg oppfatter at det her er et behov for en oppklaring i rettsreglene hvor aktiv legen kan/skal være med å gi råd inn i kvinnens valgsituasjon.

5.3.2 Hva legene sier de gjør

Flere av informantene oppfordret kvinnene til å bruke tiden godt på å vurdere sitt valg. De sa at det var viktig å støtte kvinnene til å gå noen ekstra runder med sin beslutning. En av dem sa at den vanskelige biten er veiledningen, men: «..jeg tilbyr veiledning og forsøker å tenke at det er prioritert legearbeid» (L2). Flere sa at det å bruke tid på beslutningen er en viktig faktor:

...ja det føler jeg bidrar til å øke beslutningsgrunnlaget, det blir et mer solid grunnlag i hvert fall og ta det valget på at du lar det få gå litt tid og følelser kan være stormende og kaotiske og så får det roet seg litt over tid og så får man luftet fler muligheter så det føler jeg bidrar til det (L3).

Jeg tenker det viktigste er vel å si noe om at det ofte ikke er nødvendig å bestemme seg med en gang. De fleste kommer såpass tidlig at de har god tid til å fundere gjennom valget sitt. Da er det vel det her med tid, med muligheten til å komme tilbake, muligheten til å snakke med andre enn meg, at man på en måte tenker gjennom det valget man tar, at alle ikke oppnår alle de svangerskap man ønsker, så selv om man er gravid nå så er det ikke sikkert at om et år eller tre når ønske er tilbake, at man lykkes med det (L4)

Flere av informantene var tydelige på at de hadde en profesjonell rolle. De brukte ord om seg selv som objektiv eller nøytral, uansett hva slags oppfatning de selv hadde om abort. En av informantene brukte sin nøytralitet til slik;

Hun har også rett til å avslutte, hvis hun mener at dette kan hun ikke bære frem, så er det en rett hun har. Og jeg har ingen egen agenda med: å tenk deg nå godt om allikevel..det fins ikke. Jeg er veldig nøytral der da, men jeg bare vet at noen sliter med avgjørelsen selvfølgelig. Så da gjelder det da og bidra da, å stå litt til disposisjon...(L6).

En av de andre informantene mente derimot at det ikke var noen motsetning i å være profesjonell og det å la sine egne holdninger skinne gjennom. Han uttrykte det på denne måten;

Det er da det gjelder å være profesjonell på en måte, være nøytral og ikke pådytte kvinne eller pasienten. Du skal ikke pådytte våre holdninger samtidig som jeg mener det er viktig at jeg lar mine holdninger skinne gjennom. I helseråd så gjør jeg jo det. Om jeg oppfordrer folk til å ta tran eller annet så gjør jeg jo det. Jeg lar mine holdninger skinne gjennom der også (L2).

Mange var opptatte av å synliggjøre for kvinnen at hun har et reelt valg. De prøvde å problematisere valget ved å gi kvinnen litt motstand for at hun skulle være sikker på å velge det rette. Ulike begrunnelser på dette var:

.. veiledningen handler ikke om å gi råd eller å gi absolutte svar, så det er mer det at jeg prøver å utfordre litt, være litt sann sparringspartner eller speil og utfordre litt på den tenkningen de allerede er inne i da og er dette en gyldig, er den sann, er det en god tenkning, er det en konstruktiv måte å tenke på, er dette det riktige svaret? (L3)

..ja det jeg tenker er viktig i den situasjonen er for det første å problematisere valget, ikke sant, sann i forhold til er det andre muligheter, fordi at veldig mange opplever, har tanker om at når man er ufrivillig gravid så forventes det at man skal ta abort. Det er det som samfunnet forventer av en og man forventer det ofte av seg selv at dette er noe man skal ha kontroll over og da er det tanker som kommer der veldig fort, så jeg prøver å spørre hvorfor mener du at dette er umulig for deg (L1).

..det vi ønsker er på en måte å oppfordre dem til å tenke litt strukturert gjennom situasjonen sin og så sette opp en liste sann pro et kontra. For det er jo på en måte et ganske endelig valg når du først tar en abort og at du da har et klart resonnement at hvis jeg ikke tar abort, hvordan blir livet mitt da og så liste det og så hvis jeg tar en abort hvordan blir livet mitt da (L2).

En av legene tok utgangspunkt i at livet allerede er der inne i kvinnen, og ville hjelpe henne til å se hva det er hun åpner opp for. Hva er det hun sier ja til og hva er det hun sier nei til. Hun kalte dette en såkalt filosofisk rundreise i hva dette livet handler om;

.. og jeg prøver også å være litt sann undrende sammen med henne, sann litt i forhold til det at livet er faktisk gitt oss, det er en gave til oss mennesker at vi har blitt gitt livet. Og det at vi kan i vår tid, kan ta kontroll over livet, vi kan velge det bort eller si ja takk til det. Egentlig er det ikke i menneskets hender å kunne gjøre det, det er noe med at vi, vi stenger ute noe veldig livskraftig som egentlig er veldig godt, som er veldig skapende, som er gitt oss egentlig som en gave, uten at det er under vår kontroll, selv om vi da har et seksualliv og åpner opp for den muligheten (L3).

Det framkommer i alle intervjuene at det er stor variasjon på kvinnes behov og bestilling og at dette i stor grad påvirker hvordan samtalen blir. En av dem uttrykte at «noen ganger trenger vi bare å romme den fortvilelsen når det ikke er ok, for det å bli gravid når det ikke er planlagt det er en stor ting i et kvinneliv» (L3). Andre ganger er kvinnen helt bestemt og det er ikke noe spørsmål, hun kommer til legen for å få formalia ordnet. Eller som en annen sa at:

«..mange av dem kommer vel med en bestilling, ja, med et ønske om å avbryte»(L4). En av legene sa at det nødvendigvis ikke betyr at kvinnen tar lett på det å ta abort;

...de aller fleste kvinner, jeg føler ikke at det er, det er i hvert fall ekstremt sjelden...at noen er bagatelliserende ifht det å ta en abort. Jeg føler at dette er fryktelig vanskelig og ikke en ønske-situasjon på noen som helst slags måte...det er jo en brutal situasjon å komme i, ikke ønske det barnet man har fått inni kroppen.... (L3).

Flere av informantene velger, uansett om kvinnen sier hun har bestemt seg, å snakke litt med kvinnen om valget. De kan spørre om alt fra om barnefar er informert, om han er enig i det valget, om hun får støtte for det valget hun tar og om dette kjennes ut som en avgjørelse hun kan leve med, og om det er noen andre muligheter. Det går igjen at de oppfordrer kvinnen til å bruke tid til å tenke på det før hun bestemmer seg for hva hun skal gjøre. De understreker at de informerte kvinnen om at det formelt er hennes avgjørelse, men oppfordrer dem til å ta barnefar og/eller nære venner med seg på den avgjørelsen. En av dem sa at egen erfaring som lege gjennom mange år gjorde at hun stilte såpass mye spørsmål for å bevisstgjøre at dette faktisk er et valg hun har;

Det er ikke noe man må gjøre fordi det ikke var planlagt eller fordi andre kanskje forventer det av deg. Og det er jo også utfra erfaring, at vi ser at de som virkelig får problemer etterpå at noen etterlyser det,- hvorfor var det ingen som ga noe alternativ ikke sant. Hvorfor var det ingen som stilte meg noen spørsmål er det virkelig dette her du vil? (L3).

Mener han med dette at noen burde peke på at det er en mulighet å beholde barnet? Det er et generelt trekk at informantenes svar er vage og vilkårlige. En annen informant sa at han bevisst ikke stiller for mange spørsmål. Dette begrunner han slik;

Jentene har jo gjort seg opp en mening og det er ikke noe spørsmål, nei, at de spør meg om råd, det gjør de ikke. Min mening er jo ikke viktig, det er deres mening som er viktig, og den meninga har de gjort seg opp... Vi snakker litt løst rundt det og de vil bare ha det overstått og den samtalen vi har her, for de vil bare videre i systemet ..(L5).

En av de andre informantene hadde ikke for vane å problematisere kvinnens valg dersom de er godt voksne og har tenkt seg om. Men av og til opplevde han det nødvendig å stille noen spørsmål ved kvinnens beslutning for å sjekke at det ikke er noen grunner som han tenker er

litt for enkle, slik som bolig og utdannelsesforløp. Han var opptatt av å få fram til kvinnen at hun må ha tenkt gjennom nøye, da det ikke er noen angrefrist. Han uttrykte det slik; « i det øyeblikket du har gjort dette her så er det for ever, ikke sant og det er, det er veldig trist hvis de egentlig hadde behov for å prate rundt det, men så liksom ingen annen utvei» (L6).

De fleste informantene ga inntrykk av å ta sin rolle som veiledere på alvor. Flere oppfordret alltid kvinnene til å bruke tid på beslutningen. De sa de prøvde å ha en lyttende holdning til kvinnene om hva abortvalget handler om og tenke sammen med dem hva som er skepsisen, hva som er mulighetene, hvilke muligheter hun har i svangerskapet og hvis hun tar imot dette barnet hvordan det kan legges til rette. Kun en av informantene gikk aldri inn i kvinnens valgsituasjon, da han sa at valget hadde kvinnen gjort før de kom til ham.

5.3.3 Forholdet mellom rettsregel og praksis

Praksis viser stor variasjon når det gjelder å gi kvinner råd. De fleste informantene ga inntrykk av å ta sin rolle som veiledere på alvor og oppfordret i tillegg kvinnene til å bruke tid på beslutningen. De sa at de prøvde å ha en lyttende holdning til kvinnene og tenke sammen med dem hva konsekvensen av deres valg kan bli. Disse legene jobber i samsvar med rettsregelen. Det å hjelpe kvinnen til å hente fram egne ressurser i den aktuelle situasjonen er god lovoppfyllelse. Her kommer de ikke med forslag som kvinnen bare skal samtykke i, men hjelper dem til å tenke over konsekvensene av de ulike valgene de har. Dette er en god måte å gi kvinnene mulighet til å ta et informert valg.

Det fremkommer derimot ikke i intervjuene om kvinnene hadde bedt om å få legens råd. Dersom slik veiledning kun skal gis på kvinnens forespørsel, kan det diskuteres om disse legene kan ha gått noe ut over sitt mandat. På den andre siden gikk en informant aldri inn i kvinnens valgsituasjon, men sa at valget hadde kvinnen gjort før de kom til ham. Denne legens korte konsultasjonene kan være et hinder for å være lydhør for kvinnens situasjon.

Pasienten skal selv ta sitt valg, men ofte: «..mangler de imidlertid både den innsikt og kunnskap som skal til for å ta et selvstendig standpunkt i forhold til medisinske spørsmål» (Molven 2009: 162). Det kan synes uklart hvor aktiv legen kan/skal være med å gi råd inn i kvinnens valgsituasjon. Informantene i denne studien er generelt nølende i sine svar, til tross

for at de på forhånd fikk vite hva intervjuet skulle handle om. Ingen av informantene snakker tydelig om muligheter til å bære fram barnet.

5.4 Særlige funn om forhold mellom lov og praksis

Utover svarene jeg fikk på spørsmålene jeg stilte fant jeg en restkategori med interessante funn også. Disse funnene sier noe om måten legene gjennomfører sine konsultasjoner på. Det kommer fram ulike holdninger og verdisett, som ligger til grunn for deres handlinger.

5.4.1 Uklar begrepsbruk

Begrepene informasjon, veiledning og rådgivning brukes en del om hverandre i alle rettskildene. Dette går igjen hos flere av informantene som uttrykte at det var av uvesentlig betydning å skille begrepene informasjon og veiledning. En lege sa det slik: «For meg er det ikke noe klart skille mellom det, syns det går i hverandre» (L1). På mine spørsmål om hva slags informasjon de ga var det et par som her svarte med hva de ga av veiledning. Når jeg så spurte hva de ga av veiledning beklaget de at de ikke var så gode på det, på tross av at de allerede hadde vist at de oppfylte kravet til rettsreglene på dette punktet. En annen informant beskrev derimot dette skillet tydelig; at informasjonsbiten med faktaopplysninger er den lette delen og veiledningen er den vanskelige biten (L2).

5.4.2 Legen som sparringspartner

De fleste sa at de ønsket å ta kvinnenens vanskelige valgsituasjon på alvor og prøvde på ulike måter å bistå kvinnen til å ta et valg hun kan leve med. Deres viktigste rolle var å være sparringspartner eller være med kvinnene på en filosofisk og eksistensiell reise. De oppgav alle at det er kvinnens valgsituasjon som blir problematisert og tatt mest på alvor. Et par av dem anbefalte kvinnene å skrive ned konsekvensen av det ene og konsekvensen av det andre og så søke råd hos flere som barnefar, foreldre og venninner.

Kvinnenens behov og bestilling var varierende og dette påvirket i stor grad hvordan samtalen ble. Legens relasjon til kvinnen ble også oppgitt som en viktig faktor.

5.4.3 Tenketid

Fire av informantene ga kvinnen tilbud om å komme tilbake til ny konsultasjon før bestemmelsen om abort ble endelig tatt. Dette ble begrunnet med at de ville gi kvinnen rom for å bruke bedre tid. Tidsperspektivet ble også brukt av flere som et argument for å gi kvinnen best mulig beslutningsgrunnlag. En av legene sa det slik:

...så er da avtalen videre at vi inviterer dem til å komme tilbake til en oppfølgende samtale og gjerne helst får dem til å avtale det, en konkret timeavtale... vi vil anbefale deg å bruke tiden og at du kommer igjen (L2).

Det at kvinnene får tilbud om ny time som gir henne «tenketid» bekrefter for meg at informantene bruker dette bevisst for at kvinnen skal ta et nøye gjennomtenkt valg. Noen opplevde vanlig konsultasjonstid som for kort til en så utfordrende problemstilling. Gjennomgående tilpasset de fleste legene sin tid etter kvinnens behov.

5.4.4 Brosjyreaversjon

Ingen av legene brukte de anbefalte informasjonsbrosjyrene fra helsemyndighetene. Flere kjente ikke en gang til brosjyrene. Noen hadde sett brosjyrene, men hadde ulike forklaringer til hvorfor de ikke brukte dem.

Klarest uttalte denne legen seg om sin holdning til bruk av informasjonsmateriell: «Jeg gir de råd her og nå. Jeg sitter ikke og deler ut masse ark og sånn..» (L5). Det er interessant at selv de som ønsker å gjøre en veldig god jobb for de gravide, ikke kjenner/bruker lovverket og brosjyrene. Gjennomgående uttrykt de en skepsis til innholdet og relevansen til slike brosjyrer. Dette begrunnet de slik:

.. nei når jeg har lest det så har jeg ikke kanskje syns at det har gitt så veldig mye nytt på en måte. Neida, det blir veldig mye skriv og veldig mye brosjyrer som er vanskelig å administrere på en fornuftig måte (L1).

...at man har lov til å ta abort opp til 12 uker, det liksom ikke det som er spørsmålet gjerne når vi sitter med en samtale med pasienten, det er jo hele livet selv liksom som kommer i fokus. Så jeg tror vel ikke, jeg føler vel ikke akkurat jeg har hatt sånn veldig glede når jeg har bladd gjennom de.. sånn jeg husker sånn bak i bevisstheten at jeg har gjort...(L3).

En informant sa han hadde en av brosjyrene, men at han glemmer å dele den ut. Han hadde ikke kommet så langt at han har sett gjennom brosjyrene. Men han sa: «Det burde jeg sikker gjort... jeg tror den står i en brosjyrehylle med 39 forskjellige brosjyrer» (L2).

Det forventes av fastlegene at de kjenner til regelverket og følger myndighetens anbefalinger. For å kvalitetssikre informasjonen som kvinnene behøver og har krav på, utarbeidet helsemyndighetene i 1999 standardisert informasjonsmateriale i form av tre brosjyrer (Sosial- og helsedepartementet). Disse standardbrosjyrene kan ses som en måte myndighetene bruker for å melde det de har å melde. I praksis sitter ikke legene med lovene foran seg på kontoret og slike brosjyrer kan derfor ses som felles retningslinjer.

Når denne studien viser at ingen av legene brukte informasjonsbrosjyrene, er det helt klart at fastlegen ikke følger helsemyndighetens anbefalinger. Flere av informantene kjente til ikke brosjyrene og materialet var heller ikke tilgjengelig på noen av fastlegekontorene. Funnene i min studie samsvarer med Skjeldestads forskning fra 2000 der få kvinner oppgav å ha fått disse informasjonsbrosjyrene. Han konkluderer i sin rapport:

Skal informasjonsflyten bli bedre må de offentlige brosjyrene bli tatt langt mer i bruk under primærkonsultasjonen hos allmennpraktiker. Dette fordrer at legen i begjæringskonsultasjonen har interesse for ulike sider av beslutningsprosessen og bruker informasjonsplikten på en mer aktiv måte (2002: 28).

Men det at legene ikke bruker helsemyndighetenes anbefalte materiale behøver ikke bety manglende interesse for beslutningsprosessen. Det kan også handle om tilgjengeligheten på brosjyrene og hva myndighetene har gjort for å gjøre materialet kjent. Mange av informantene kjenner ikke til helsemyndighetenes anbefaling. Det er i tillegg lenge siden brosjyrene kom og de er ikke oppdatert siden 1999. En av informantene sa brosjyrene ikke var relevante for dagens praksis og flere er skeptisk til innhold/relevans.

Det at brosjyrene ikke brukes kan ses i sammenheng med hvor aktuelle de oppleves og i hvilken grad helsemyndighetene har sørget for å gjøre informasjonen tilgjengelig. Tidligere ble all informasjon sendt ut skriftlig til fastlegene, men nå sendes det meste ut elektronisk. En fastlege sa at informasjonsflyten fra helsemyndighetene var en avgjørende faktor. Han mente at dersom myndighetene mente dette var av stor viktighet, burde de sende brosjyrene ut igjen:

Hvis man ber om papirutskrifter, så får man bare beskjed om å printe det ut sjøl på A4 ark. Det er en veldig, veldig svakhet. Ja og generelt, for det å lese på nettet, veiledere og lovtekster i elektronisk form, det er vanskelig i forhold til det å ha det i papir. Sånn er det med informasjonsfoldere også, det å kunne gi en folder i hånda har en helt annen verdi enn å gi en link til en nettside (L4).

Mine spørsmål ledet for øvrig til at flere av informantene sa de ville finne fram brosjyrene og vurdere å dele dem ut. Som en av dem uttrykte det: «...ofte er det jo lurt det å få noe skriftlig, det er jo overdrevent tro på at folk får med seg av det jeg sier til dem. Ja. Jeg får vel gå tilbake til disse brosjyrene som jeg kan begynne å bruke» (L1). Den andre informanten sa at det hadde vært interessant å lese gjennom de tre brosjyrene og se om de er anvendbare. Han la til: «Jeg tror man har alt å tjene på å gi det i papirversjonen» (L4).

Det var ulike meninger om det var mest hensiktsmessig å ha slike brosjyrer på venterommet eller å gi dem direkte til kvinnen. En av legene som hadde lest brosjyren for mange år siden sa han husket den som en veldig fin venteromsbrosjyre, men han brukte den ikke. En av de andre legene hadde heller tro på å gi brosjyrene direkte, han sa tydelig:

Men jeg tror ikke det er så mye vits i å ha ting på venteværelset, jeg tror at da må du heller dele de ut i konsultasjonssammenheng... Sånne hefter har jo også en tendens til å bli stående og støve ned, så det er i og for seg nettbasert informasjon, tror jeg er det greieste og at man vet at Helsedirektoratet lager en god del sånne ting og at man da bare søker det opp, hva fins på en måte om det temaet da (L2).

Skjeldestad sier at den muntlige informasjonen som utveksles i konsultasjonen er av større betydning enn informasjonsskrivene (2002). Samtidig som det kan virke innholdet i brosjyrene er tenkt være en oppdatering for legene, slik at informasjonen til kvinnene kvalitetssikres.

Informantene oppfyller ikke helsemyndighetens forventninger, når de ikke deler ut de anbefalte informasjonsbrosjyrene til kvinnene. Jeg oppfatter dette ikke som brudd på et lovkrav. Men standardbrosjyrer som ikke blir brukt viser at det ikke er noen innarbeidet standard, noe som kommer til syne i hvor vilkårlig legenes svar er. Når de ikke følger myndighetenes anbefalinger kan en årsak være legens manglende ansvar for selvledelse, som beskrives nærmere i kap.6.2.

5.4.5 Ulike systemer – risiko for ansvarspulverisering

Undersøkelsen viser at praksis varierer i de ulike byene om kvinnene går via fastlegen eller direkte til sykehuset når hun vurderer abort. Rettsregelen sier i merknaden til forskrift om svangerskapsavbrudd;

Den lege eller nemnd som kvinnen fremsetter begjæringen overfor skal gi kvinnen opplysninger om inngrepets art og virkninger.Dersom begjæringen er fremsatt direkte overfor et sykehus, skal sykehuset sørge for at opplysningene gis av en lege (Sosial- og helsedepartementet 2001: §2).

I min studie framkommer det store variasjoner i de ulike byene og hos de ulike legene, både i forhold til prosedyrer og hvilke skjemaer som brukes for videre oppfølging på sykehuset. I Oslo oppfordres kvinnene til å gå direkte til gynekologisk poliklinikk på Ullevål, og når det skjer hviler det totale ansvaret for å gi informasjon og veiledning på legene der. Skjemaet «begjæring om svangerskapsavbrudd» fylles i på sykehuset og ikke av fastlegen. Dette skjemaet er en kvalitetssikring på at kvinnen har fått de viktigste faktaopplysningene før abortinngrepet.

Noen kvinner kommer likevel til fastlegen først. En informant sa det i ulike tilfeller var usikkert hvilket ansvar han har og hva som er sykehusets ansvar. Det kan lett bli en misforståelse der sykehuslegen kan tro kvinnen har fått mer informasjon enn hun har hos fastlegen. Han sa at det kanskje var nødvendig å skrive at informasjonen om inngrepets art ikke er gitt:

..det er klart at .. hvis de på mottakssiden (sykehuset), liksom tror at legen har snakket i det vide og brede, så det er bekymringsfullt. Da kunne du risikere at det liksom var et vakum der, at begge tror at den andre gjør det...at hvis det er sånn at det er fastlegen som virkelig har ansvaret for hele den orienteringen, ..da vet jeg det er mange som må endre praksis i Oslo, ikke bare meg, altså det er helt sikkert. Da oppfyller jeg ikke lovens bestemmelser og det er såpass mange i Oslo som kommer direkte til Ullevål, så da burde det vært problematisert, altså på et sånn litt overordnet nivå (L6).

Det er risiko for "ansvarspulverisering" når både fastlege og sykehus gir informasjon og veiledning. Dersom legen på gynekologisk poliklinikk i god tro lar være å gi kvinnen den lovpålagte informasjonen, om hun først har vært hos fastlegen, kan dette føre til mangelfull informasjon. Det er en fare for at ingen av disse legene tar ansvaret, men overlater det til den andre. En av legene var kritisk til at ordningen har også blitt så «skreddersydd og enkel». Han sa det kunne være en fare for å være helt nøytral og at det kan bli litt for strømlinjeformet

på poliklinikken. Han var opptatt av at det ikke nødvendigvis var positivt at prosessen skulle gå raskest mulig:

...det er vel på en måte meningen at det på en måte skal bli lettere og lettere tilgjengelig så at man skal få avsluttet dette svangerskapet fortere, -heller før enn senere liksom, før det kommer til det at man må ta en kirurgisk abort. Det er vel det som er tanken, så at man skal ha lettere tilgang. Men da undergraver man jo den muligheten til å ha denne runden med ettertanke og refleksjon...(L3)

I de andre tre aktuelle byene er systemet slik at fastlegene skal fylle i skjemaet «Begjæring om svangerskapsavbrudd» og krysse av at informasjonen er gitt. Det var likevel ulik praksis her hvordan dette ble gjort. To av legene mente at det var sykehusets ansvar å gi informasjon om selve abortinngrepet, uansett om de selv skrev under begjæringskonsultasjonen eller ikke. En argumenterte med at det ikke var nødvendig å gi informasjon fordi kvinnene var så opplyste. Abortloven fastslår tydelig at den legen som skriver under på begjæringsblanketten sammen med kvinnen som har ansvar for å gi opplysninger om inngrepets art og virkninger. Den ene legen i denne studien som signerer på begjæringsblanketten uten å gi disse opplysningene, oppfyller ikke kravet i rettsreglene.

Det er et behov for en tydeliggjøring av kommunikasjonen mellom fastleger og sykehus i Oslo. Systemet bør kvalitetssikre at kvinnen får den lovpålagte informasjonen uansett om hun kommer direkte til sykehuset eller går via fastlegen.

5.4.6 Abort- et etisk dilemma

Fire av informantene uttrykte egen ambivalens i forhold til abort og sa de opplevde abort som etisk vanskelig. En sa det slik: «Men jeg kjenner det, det er jo klart at etter du henvendte deg og jeg svarte litt på mail også, så kjente jeg at det er veldig berørende det der abortsakene altså» (L3). En annen uttrykte at han tror de fleste helsepersonell føler et visst ubehag ved provosert abort- problematikk. Som helsepersonell vet de at dette handler om liv og død og det rører ved noe helt grunnleggende i mennesket:

... det er ikke noe hyggelig for noen, jeg tror det rører ved noe hos alle. Det er jo ikke noe tvil om at dette fosteret blir et spesifikt menneske og så kan man diskutere når blir det det, men det er jo en løype som er lagt på en måte. ... det tror jeg de fleste skjønner egentlig... og da vil jo mange velge en unnvikende strategi selvfølgelig, at de bare dytter det under teppet og så gjør man dette fort og gæ'li og så kommer man seg videre til noe man synes er mer hyggelig å drive med..(L2).

Han beskriver at abort på en måte er samfunnets «silent story». Legens rolle er slik: «samfunnet sier at du skal gjøre det, du har en funksjon og du lønnes av samfunnet, du er ansatt i et system og du har å levere på en måte, for en arbeidsgiver som krever det». Dette beskrives som et dilemma:

...det er nesten mest med hensyn til meg selv faktisk at jeg syns det er vanskelig å sitte og skrive under på en slags dødsdom, som er sånn begjæring egentlig er. I løpet av en dag i allmennpraksis er det ikke så mange som lever eller dør avhengig av hva vi gjør i løpet av den dagen, det er relativt få problemstillinger. ..men her kommer det faktisk en som er i livsfare. Så det er jo, så med det perspektivet blir det jo litt alvorlig da (L2).

To av de andre informantene oppgav også å ha ulik grad av konflikt i forhold til egen deltakelse i prosessen rundt abort. Dilemmaet ble beskrevet på denne måten:

.. Jeg tror de fleste leger syns det er problematisk at det er så mange aborter.....
..det er nok litt dobbelt; både min sånn litt personlig hva jeg syns er greit og ikke greit oppi det hele, men også sånn som jeg tenker er godt faglig begrunnet. ...men jeg syns at beskjed om og begjæring av svangerskapsavbrudd er vanskelig da, sånn ut fra min personlige overbevisning. Det blir litt sånn at jeg opplever at jeg skriver under på en dødsdom..(L1).

Abort oppleves å være i strid med det han som lege ellers holder på med; å bote, lindre og trøste. Det blir da vanskelig når han selv blir en del av en prosess der et liv skal avsluttes. For to av legene var dilemmaet så alvorlig at de selv ikke ville skrive under på begjæringskonsultasjonen. De ga kvinnen informasjon og veiledning, men henviste kvinnene videre til sykehusene som de hadde individuelle avtaler med.

Det etiske dilemmaet handler i stor grad om fosterets status. To av informantene uttrykte at kvinnen burde få informasjon om fosterutviklingen. En av dem så an situasjonen og: «så informerer jeg hvordan det barnet er i utvikling og som.. det er ikke alltid, men ofte er det naturlig når man sier om at det er 8 uker gravid, da er det sånn og sånn..»(L3). Den andre begrunnet det slik:

...jeg oppfordrer dem til å se litt og lese litt om svangerskap og fosterutvikling for å se hva det egentlig er vi snakker om.. For det er veldig mange som, jeg tror, jeg har inntrykk av ikke vet mye om dette, de tror det er en klump med celler på 8 eller 16

eller 32 celler, at vi er der liksom. .. Så jeg tenker at det er underinformert, tror samfunnet er litt underinformert for at det er litt touchy...(L2).

Denne legen mente at kvinnene burde få disse faktaopplysningene før de tar sitt valg. Samtidig uttrykte han at han var usikker på om dette er innenfor hans mandat å informere om. Som profesjonsutøvere er man pliktig til å holde seg faglig oppdatert og følge med på ny kunnskap. Situasjonen er at vi på grunn av ultralydsundersøkelser vet mer om fosterets utvikling enn da abortloven ble vedtatt. All tilgjengelig og nødvendig kunnskap om det aktuelle inngrepet bør kvinnene kjenne til. Informasjon om fosterets utvikling burde kunne inngå under inngrepets art og medisinske virkninger, for å sikre at kvinnen er så informert som mulig før hun tar sitt valg. På den andre siden vil man kunne si at disse opplysningene kan gjøre valget vanskeligere for kvinnen.

5.4.7 Gjør som de vil

Fastleger jobber veldig selvstendig. En av informantene beskriver situasjonen slik:

...vi er en gruppe som jobber veldig, veldig selvstendig og i sykehussystemer har man et system og masse regler som man må forholde seg til. Vi her ofte finner våre måter å gjøre ting på som kanskje ikke er helt i overensstemmelse med retningslinjer og anbefalinger da. Det tror jeg at man finner veldig mye av i allmennpraksis (L1).

Det at fastlegene jobber selvstendig og gjør som de vil kan være en medvirkende årsak til hvorfor så mange fastleger lar være å bruke informasjonsbrosjyrene, på tross av helsemyndighetenes anbefaling. Som en av informantene forklarer det:

Det er sånn med oss at vi interesserer oss mest for det vi allerede er mest interessert i fra før og vi går på kurs i de tingene vi allerede kan mest om fra før for det er da litt morsommere... enn de tingene som vi ikke er så interessert i...så det blir en skjevfordeling hele tiden på hva du oppdaterer deg på her også. Det er jo menneskenaturen det altså, så hvis du ikke er spesielt opptatt av provosert abort og den ting så vil man nok ikke bruke så mye tid på å bla i sånne hefter tror jeg, det tror jeg ikke (L2).

Samtidig innebærer også fastlegenes selvstendighet mulighet for å prioritere tiden på det de selv mener er viktig. Dette kommer til syne gjennom de legene som setter i system at kvinnene får komme tilbake til ny time før de tar sin beslutning.

5.4.8 Det generelle informasjonsproblemet

En informant etterlyser saksrelevant informasjon om hvordan helsemyndighetene forstår anvendelsen av lovforskriftet (L2). Han sa at det ville vært naturlig at lovgiver eller myndighetene burde definere noen rammer for denne virksomhet og gi denne informasjonen i form av en brosjyre eller sende ut en mail. Dette viser på den ene siden et behov om relevant informasjon. Samtidig omtales «det generelle informasjonsproblemet» som en utfordring. Når det sendes ut veldig mye informasjon fra ulike instanser til fastlegene kan det være utfordrende å få oversikt over hva som er det viktigste å få med seg. Som en av informantene sier det:

...for nå er det mer og mer mailbasert eller henviser til et nettsted. Også er det jo da den glippen til hvor mange som tar til seg det. Og der man syns at noe er viktig må man jo følge opp og lage noe obligatoriske greier da.. (L2).

En annen informant ga uttrykk for liten grad av tillit til helsemyndighetene, han sa at det er mange helsebyråkrater som skriver «mye rart» (L4). Han sa at det var til liten praktisk nytte at den informasjonen de tidligere fikk automatisk i posten, er endret:

Men nå legges jo alt ut på nett, men ingen informasjon om at det legges ut. Sånn at den nye fastlegeforskriften veit vi bare ligger ute på nettet, men vi har ikke fått noen link til hvor han ligger...Abortloven er akkurat det samme (L4).

Videre poengterer en annen informant at mye av det som kommuniseres fra helsemyndighetene er veldig teknisk og oppleves fjernt fra deres praktiske hverdag. Det etterlyses en større interesse og lydhørhet for fastlegenes opplevde behov.

5.4.9 Kommunikatøren og ekspeditøren

Denne kvalitative studien får fram nyanser og mangfoldet i fastlegenes konsultasjoner. Som hovedfunn er det særlig to fremgangsmåter jeg har funnet eksempler på. Fire av informantene ga uttrykk for at de tok sin oppgave som kvinnens samtalepartner alvorlig og ga henne god tid. Disse legene betegner jeg som «kommunikatøren». En av de andre informantene ekspederte raskt og effektivt, ga svært knapp informasjon og ingen veiledning. Jeg kaller ham «ekspeditøren», da dette er min forståelse av hans måte å gjennomføre disse konsultasjonene på. Den siste informanten er en mellomvariant uten klart definerende karakteristika.

Det er også store variasjoner i hvor lang tid legene bruker på konsultasjonene.

«Kommunikatøren» brukte minst 15-20 minutter og ga alltid kvinnene tilbud om ny time.

«Ekspeditøren» kunne derimot ha så korte samtaler som fem minutter.

Disse store variasjonene får fram ytterpunktene på skalaen, mens hovedvekten hos informantene klart ligger på det å gi grundig og god informasjon og veiledning. Er det slik at de som går mer inn i disse samtalene og bruker god tid, viser at de tar kvinnens situasjon mer på alvor enn andre? Det sier seg selv at en fem minutters konsultasjon ikke gir noe særlig rom for veiledning. Men kort konsultasjonstid utelukker nødvendigvis ikke at legen tar kvinnen på alvor. Det er en mulighet at han setter kvinnens autonomi høyt og bevisst ikke vil problematisere valget ytterligere for henne. Nå viser derimot funnene at denne legen ikke kan anses å oppfylle lovkravet.

5.4.10 Oppsummering

Hele dette kapitlet viser at det er store variasjoner i hvordan legen praktiserer sin informasjons- og veiledningsplikt. Det er i hovedsak to fremgangsmåter som synliggjøres. «Kommunikatøren» bruker god tid på konsultasjonen og kvinnens valgsituasjon blir tatt på alvor. Det går samtidig igjen at disse legene opplever abort som et etisk dilemma, noe som kan tenkes ligge til grunn for den grundigheten de legger ned i samtalen. Disse fastlegene bruker god tid på samtalene og praktiserer i stor grad lovetterlevelse.

«Ekspeditøren» er rask og effektiv, gir knapp informasjon men ingen veiledning. Han oppfyller for det meste ikke lovkravet, kun der han gir nøktern informasjon om abortinngrepet.

Noen av legene oppgir at kvinnene ikke signaliserer behov for informasjon om støtteordninger. Men dette fratar dem ikke ansvaret for å si at det finnes støtte å få dersom de har behov for det. Å tilbakeholde informasjon er med på å begrense kvinnens informerte valg.

Ingen av informantene brukte de anbefalte informasjonsbrosjyrene, noe som bryter med helsemyndighetenes anbefalinger og forventinger. Disse standardbrosjyrene er ment å kvalitetssikre informasjonen som kvinnene behøver og kan ses som felles retningslinjer. At selv «kommunikatøren» som sier han ønsker å gjøre en god jobb for de gravide, ikke

kjenner/bruker lovverket og brosjyrene er interessant. En mulig årsak kan være utfordringer i kommunikasjonen mellom helsemyndigheter og legene. Det ser ut til å være behov for at myndighetene kan legge opp til bedre samhandling med fastlegene. Samtidig kan manglende bruk av brosjyrer også skyldes tendensen at legene gjør som de selv vil. Det fremkommer her også et forbedringspotensial når det gjelder legens selvledelse.

6 Informert valg og selvledelse

Pasienter har krav på å treffe et informert valg. Pasientrettighetsloven slår fast at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, for å kunne treffe et informert valg (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Legen skal sørge for at det foretas et informert valg. I forarbeidet til helsepersonelloven jf.3.2, står det at «legen skal gi pasienten råd og veiledning slik som en god lege vil gjøre det på grunnlag av erfaring og omtanke» (Helse- og omsorgsdepartementet 1997).

Hele denne prosessen fram til det skjer et informert valg skal ledes av legen. I abortlovens formålsbestemmelse jf.kap.5, står det at etisk veiledning for å skape ansvarsbevisst holdning er en verdi som informasjonen skal styres ut fra. Informasjons- og veiledningsplikten i abortloven blir en handlingsnorm og kan ses som en operasjonalisering av formålsparagrafen.

Det å oppfylle normene best mulig er uttrykk for verdibasert ledelse av seg selv og sin praksis. Selvledelse handler om å innrette seg etter det som er lovpålagt, i denne sammenheng å følge abortloven. De verdiene fastlegen skal styre etter er at pasienten har rett til å bestemme selv, samtidig som hun krav på få råd og veiledning av legen.

Det er relevant å drøfte hva som kan forventes av leger i å tilrettelegge for et informert valg. Hvor mye skal de lede pasienten? Er de bevisst at alle råd inneholder verdivurdering? Hva har legene uttalt om hvordan de leder seg selv? Jeg vil ut i fra funnene analysere og drøfte ulike faktorer som fremmer og hemmer kvinnens informerte valg og legens selvledelse.

6.1 Informert valg

For at kvinnen skal kunne ta et informert valg må hun ha fått nødvendig informasjon og veiledning av legen. Dette skal inneholde informasjon om inngrepets art og mulige bivirkninger, informasjon/veiledning om samfunnets støtteordninger og råd for selv å kunne treffe det endelige valget. Denne studien viser at det er store variasjoner på om lovens krav er oppfylt. Dersom rettsregelen ikke spesifiserer konkret hva som ligger i kravet er det rom for legen å bruke skjønn. For å fremme kvinnens mulighet til å ta et informert valg må hun få veiledning som er nyttig for henne. Flere studier viser at abortsøkende ofte har ambivalens når det gjelder sitt valg. Selv om graviditeten er uønsket og hun ikke ser andre alternativ enn

abort, så er beslutningen oftest ikke enkel (Kero 2005). Det er derfor tenkelig at det vil være nyttig å få faktorene som taler henholdsvis for og imot abort frem i lyset, for så å få drøftet dem.

For å hjelpe kvinnen til å gjøre et informert valg er trolig bruk av god tid på samtalen med kvinnen en viktig faktor. Det kan være vanskelig å vite hvordan man skal formidle informasjon om sensitive temaer i vanskelige situasjoner. Når «ekspeditøren» oppgir at han kan bruke kun fem minutter på hele samtalen, stiller jeg meg tvilende til hvor godt opplyst kvinnen har mulighet til å bli i løpet av denne tiden. Disse kvinnene kan vanskelig få den informasjonen de har krav på eller trenger.

Det er derimot forbillig slik «kommunikatørene» rutinemessig gjør; å tilby kvinnene ny konsultasjon, noe som tyder på at de tar kvinnenens valgsituasjon på alvor. På tross av travle arbeidsdager prioriterer de sin tid ekstra på disse samtalerne. Disse informantene viser i praksis at dette er prioritert legearbeid for dem. Dette var et overraskende funn. Det kunne være interessant om disse legene skiller seg ut fra flertallet av sine kollegaer. På bakgrunn av dette kan man stille spørsmål ved mitt utvalg av informanter. «Kommunikatørene» var tydelige på at de opplevde abort som et etisk dilemma. De beskrev dette på ulike måter, jf.5.4.6. Nå kan det tenkes at de som takker ja til å delta i en slik studie er spesielt opptatt av dette temaet og derfor tilstreber å gi så utfyllende informasjon som mulig. Men det kan også være at leger på grunn av sin fagkunnskap og etiske profesjonsverdier, ser store utfordringer rundt liv-død-problematikken. Noen av legene sa at de opplevde det trist at den samtalen de hadde med kvinnen ikke så ut til å gjøre noe til eller fra i forhold til det valget kvinnen til slutt tok. Kvinnen har likevel et bedre grunnlag for å ta et informert valg når hun er grundig opplyst om de ulike faktorene og har fått bruke tid til å ta sitt valg.

6.2 Plikt til lovetterlevelse

Både abortloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven stiller store krav til legen om å gi informasjon og veiledning. Her gis det føringer til hva legen må prioritere og det forventes at fastlegen bruker sin selvledelse til å praktisere dette.

En bedre dialog med helsemyndighetene kan bidra til å fremme fastlegens selvledelse. Det vil kunne underlette det daglige arbeidet dersom det fins lettere tilgjengelig informasjon på

relevante endringer og presiseringer. Flere leger etterlyser også å få tilsendt aktuelt materiale til utdeling, da de sier at det stadig er nye direktiver og endringer. Det ble sagt at det er en jungel å orientere seg i og at myndighetene oppleves ikke å gjøre nok for at informasjonen er lett tilgjengelig. Dersom det er dårlig informasjonsflyt fra helsemyndighetenes side, vanskeliggjør dette legens muligheter til å tilegne seg ny informasjon. Noen informanter opplever det som et problem at det er en stor mengde informasjon som kommer inn i legens epostboks og at mye av informasjonen ikke oppleves relevant for praksis.

På den andre siden kommer ikke fastlegen utenom sitt ansvar for egen oppdatering. På tross av en stresset arbeidssituasjon, med lang kø og kort tid til konsultasjon, har fastlegen en plikt til å holde seg orientert om aktuell informasjon. Irgens beskriver at vi lever i en verden av informasjonsoverflod og forandring. Men ved å være proaktive blir vi selv ansvarlige og tar selv styring (2007: 70). Vi har hele tiden et valg om å ta styring selv og på den måten ikke ende opp som et offer for ytre omstendigheter. Dette stiller krav til legens selvledelse.

Legen må kjenne til de lover som styrer virksomheten og behandlingen. I fastlegeforskriftens § 14 står det at «fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer» (2012). Dette handler også om selvledelse. Dersom rettsreglene er helt klare, er det vanskelig for legene å omgå reglene. Lovbestemmelsen kan åpne for at helsepersonell kan utøve skjønn (Molven 2009:39). I praksis betyr det at de kan handle ut fra det de anser som faglig riktig og etisk forsvarlig. I denne studien er det store variasjoner på kvaliteten og mengden av informasjon og veiledning som legene gir kvinnene. Disse variasjonene kan handle om legenes ulike vurderinger og hvilken grad de praktiserer selvledelse.

Skjer noen oppfølging eller kvalitetssikring av fastlegens informasjons- og veiledningsplikt? Det er Statens helsetilsyn og fylkeslegen som har som oppgave å føre tilsyn med helsetjenesten. Jeg har ikke klart å finne fram til at det har vært noen form for veiledning eller kontroll på dette feltet. Det vil da i praksis si at det er opp til enhver lege selv å bedømme hva slags informasjon og veiledning som skal gis.

I tillegg til at det forventes av fastlegene å kjenne til regelverket, handler det også om at de skal følge myndighetens anbefalinger. Dette inkluderer brosjyrene fra helsemyndighetene til utdeling til kvinner som vurderer abort jf. 5.4.4. Disse standardbrosjyrene kan ses som en

måte myndighetene bruker for å melde viktig informasjon. I praksis sitter ikke legene med lovene foran seg på kontoret, slike brosjyrer kan derfor ses som felles retningslinjer. Når det i denne studien fremkommer en brosjyreaversjon, er det helt klart at informantene ikke følger helsemyndighetens anbefalinger og med det viser mangelfull selvledelse.

6.3 Ansvarsfordeling

Noe av utfordringen rundt fastlegenes selvledelse handler om hva som er deres ansvar kontra helsemyndighetenes ansvar. Skjeldestads forskning problematiserer ansvarsforholdet (2002). Skjeldestad konkluderer i sin studie at: «Det offentlige må ta et større ansvar for at det gis et etterutdanningstilbud til leger som arbeider med å oppfylle intensjonen i abortloven. I dagens etterutdanningstilbud er dette området svært mangelfullt» (2002: 28). Han understeker videre at kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner kan bli bedre både i allmennpraksis og på sykehus. Det har nå gått over ti år siden rapporten ble fremlagt, uten at det har blitt igangsatt noen tiltak. Forskeren selv har uttalt at det ikke virker som det er noen som har interesse for dette temaet (Personlig meddelelse).

Flere av informantene gir uttrykk for ikke å kjenne til informasjons - og veiledningsplikten i abortloven. Hvis lovgiver ikke gir legene tydelig praktiske verktøy i veiledningssituasjonen, vil dette kunne bidra til mangelfull lovetterlevelse. Det er behov for bedre kommunikasjon mellom helsemyndigheter og fastleger, dette underbygges av Skjeldestads forskningsresultater.

Jeg vil her trekke paralleller til Andenæs forskning (2003: 66). Andenæs mener at: «For at lovgivningen skal bli et realistisk arbeidsredskap, er det ikke mindre viktig å kjenne til de materielle, organisatoriske og personellmessige forutsetninger innen de ulike sektorer» (2003: 67). I dette ligger at rettsreglene bør skrives ut fra forutsetningene til dem som skal praktisere loven. Samtidig kan det være en mulig problemstilling at fastlegene ikke prioriterer å sette seg inn i og tilpasse praksis etter regelverket. Fastlegene må kjenne til de lover som styrer virksomheten, jf.3.3, selv om de jobber svært selvstendig.

6.4 Helsemyndighetens krav kontra fastlegenes dømmekraft

Råd og pålegg fra sentrale helsemyndigheter kan oppleves å komme i strid med fastlegenes behov for å bruke sin egen dømmekraft. Dersom de ulike direktiv som kommer fra myndighetenes side ikke sammenfaller med legenes oppfatning av informasjons- og veiledningsplikten kan dette komplisere samhandlingen.

Det kan være fristende for helsemyndighetene å prøve å løse enhver utilstrekkelighet i helsetjenesten med ny instruks "ovenfra". På bakgrunn av informantenes svar kan det virke som at legen som kliniker trives best med å få utøve oppgaver ut fra sitt eget skjønn.

Flere av informantene utøver sitt legeskjønn ved å frigjøre god tid til samtalen med kvinner som vurderer abort. Dette er i tråd med hva Irgens sier at det å lede seg selv handler om:

«..å ha kunnskaper som gjør en i stand til å handtere situasjoner hvor løsningene ikke nødvendigvis finnes i allerede eksisterende arbeidsinstrukser, prosedyrer og standardiserte løsningsmåter, og at de valgene man da står overfor, innebærer dilemmaer som har både praktiske og verdimessige sider» (2007: 15).

Legenes selvstendighet gir dem mulighet for situasjonstilpasninger slik at de kan bruke tid på samtaler som de finner nødvendig. Molven/Vetvik kom fram til i sin forskning som gjaldt sosialarbeidere, at «..deres sterke orientering mot klientbehandling og fag ser i en viss utstrekning til å gå på bekostning av mer regelorientert tilnærming til sakene» (1986: 244).

Det kan trekkes paralleller her til legenes arbeidssituasjon. Det er interessant funn at selv de som ønsker å gjøre en veldig god jobb for de gravide, likevel ikke kjenner/bruker lovverket og brosjyrene.

Legenes grad av selvstendighet og mulighet til å bruke skjønn kan få ulike konsekvenser. Dersom legene ikke ser viktighet av eller har riktig oppfatning av sin plikt, kan det lett føre til at kvinnen ikke blir gitt nok informasjon og veiledning.

6.5 Verdier i konflikt

De profesjonsutdannede har med seg sitt sett av verdier i jobbsammenheng. Når disse verdiene møter virkeligheten på den arbeidsplassen man er kan det være en kilde til utfordring. Det kan lett oppstå lojalitetsproblem dersom verdier kommer i konflikt (2007).

Flere av informantene i denne studien opplever det å ta abort som et etisk problematisk jf.5.4.6. Disse legene bruker ekstra god tid på problemstillingen, slik at kvinnen får god informasjon og veiledning. Dette er i tråd med abortlovens formålsbestemmelse der det står at etisk veiledning og å skape ansvarsbevissthet er verdier som informasjonen skal styres ut fra.

Hvordan legenes egne oppfatninger om abort påvirker samtalen med kvinnen får vi ikke vite i denne studien. Muligvis kan legenes verdisyn ligge til grunn for den grundigheten de viser. Ut i fra deres uttalelser kan det synes som enkelte har et ønske om at kvinnen ikke skal velge abort. Uansett hva legenes egne verdier er, er det viktig at de har innsikt i den muligheten de har for å påvirke kvinnen i den ene eller andre retningen. Dette inkluderer en erkjennelse av at alle råd inneholder verdivurdering. Mitt inntrykk var at alle informantene syntes å ha et ønske om å være objektive og møte kvinnen med respekt.

Verdier i konflikt kommer til syne når to av fastlegene på grunn av sin overbevisning ikke vil signere på begjæringskonsultasjonen. Legene det gjaldt i denne studien hadde laget egne avtaler med sykehusene i nærheten, og begge understreket at de gjorde dette slik at det ikke skulle gå ut over kvinnene. Fastlegene var opptatte av å gi god informasjonen og veiledningen, og hadde avtalt med legene på sykehuset at de der skulle skrive under på begjæringskonsultasjonen sammen med kvinnene. Det å la være å signere begjæringsblanketten kan ses som sivil ulydighet. Men i praksis blir dette slik det ofte er i større byer der kvinnene kan gå direkte til sykehuset jf.5.4.5, men likevel går til sin egen fastlege først. Legens egne verdier behøver ikke nødvendigvis utgjøre et problem for noen. De aktuelle informantene var opptatte av å møte kvinnene med respekt og tilrettelagt det praktiske for henne. For å få et utfyllende bilde av denne situasjonen, hadde det derimot vært interessant å høre kvinnenenes egen opplevelse.

Holdninger i samfunnet rundt abort vil også kunne påvirke samtalen mellom legen og kvinnen. Noen mener det er en etablert sannhet at det er vanskelig å snakke om abort og at vi derfor unngår dette spørsmålet i stor grad. Debattredaktøren i Aftenposten, Åmås er tydelig på at «Abort er ikke ennå et avtabuisert tema» (2007: 210). Den svenske legen og forskeren Kero uttaler at abort er en tabubelagt rettighet (2005). Dette vil det være så lenge kvinnenenes vurderinger og opplevelser holdes skjult. Denne tausheten rundt abort kan bidra til å forklare hvorfor noen informanter ikke stiller kvinnen noen spørsmål. Årsaken kan være at man ikke

skal gjøre valget vanskeligere for henne eller at det rett og slett er enklest å distansere seg fra problemstillingen.

6.6 Oppsummering

Fastlegene skal innrette seg etter det som er lovpålagt, i denne sammenheng pasientrettighets- og abortloven. Selvledelse handler om å styre etter verdien at kvinnen har rett til å bestemme selv, samtidig som hun krav på få informasjon og veiledning av legene. Det er store variasjoner hvordan de ulike fastlegene praktiserer sin informasjons- og veiledningsplikt og dermed også selvledelse. Informantene viser med sin brosjyreaversjon, mangelfull selvledelse. Når de ikke følger helsemyndighetens anbefalinger, er de med på å tilbakeholde informasjon kvinnene har rett til for best å kunne ta et informert valg.

Studien avdekker et behov for styrket dialog mellom fastlegene og helsemyndighetene. Fastlegene etterlyser bedre og mer tilgjengelig informasjon fra myndighetene. De ulike lovkravene og andre anbefalinger kan med fordel samles tematisk for å bli lettere tilgjengelige. Dette ville være til stor hjelp i fastlegenes travle arbeidsdag og samtidig sikre at praksis blir mer lik rettsregelen. Legenes selvledelse for å bidra til at kvinnens mulighet til å ta et informert valg ville underbygges bedre.

7 Sammenfattende diskusjon

Når legepraksis skal vurderes opp mot lovverket kan det være nyttig å ha med seg at juss og medisin kan ses som to ulike verdener. En av informantene beskrev det som at «jussen opererer veldig mye med rett og galt og svart og hvitt, mens medisinen er så full av nyanser og mangfold som livet selv» (L3).

Undersøkelsen viser at det var store variasjoner i legenes praksis. Det går et klart skille mellom informanter som synes å gjøre en grundig jobb og oppfyller lovkravet i stor grad og de som synes gjennomgående ikke å oppfylle lovkravet. Som oppsummert i 5.4.10 er det i hovedsak to fremgangsmåter som synliggjøres i konsultasjonene:

«Kommunikatøren» bruker god tid på konsultasjonen og tilbyr gjerne kvinnen ny samtale dersom hun har behov for det. Legen støtter kvinnen til å gå noen ekstra runder med sin beslutning og praktiserer i stor grad lovetterlevelse. Det er likevel store variasjoner på kvaliteten og mengden av informasjon og veiledning som disse legene gir kvinnene. Nyansene varierer fra så vidt lovoppfyllelse til en veldig god måte. Det kan synes som det er tilfeldig hvor god informasjon og veiledning kvinnene får. Informanter i denne gruppen uttaler alle at abort er en vanskelig liv-død-problemstilling.

«Ekspeditøren» er rask og effektiv, gir knapp informasjon og bruker ikke tid på veiledning. Legen kan bruke helt ned i fem minutter på samtalen og oppfyller for det meste ikke lovkravet.

En av informantene faller utenfor disse to kategoriene. Denne legen bruker god tid, men er bare unntaksvis opptatt av å gå inn i kvinnens valgsituasjon. Som eneste informant ser han ikke abort som etisk vanskelig.

Tid for tvil

De fleste informantene hadde avsatt god tid, minst 15-20 minutter, til slike konsultasjoner. Kvinnene fikk også tilbud om ny time, noe som gir henne tenketid. Kvinnen skal få mulighet til å ta et veloverveid valg og «velge det rette». Dette er i tråd med forarbeidene til abortloven som sier at veiledningen skal ta sikte på å hjelpe kvinnen til en løsning som hun opplever som den beste både på kort og lang sikt jf.5.3.1. Det å være uplanlagt gravid kan for mange være kaotisk. Flere av legene er opptatt av at kvinnen ikke skal ta et for raskt valg når hun er i

krise, da det ikke er noen «angrefrist» jf. 5.3.2. Noen informanter oppgir at deres drivkraft er at de er opptatt av at kvinnen skal gjøre et nøye gjennomtenkt valg, etter å ha luftet flere muligheter. De har et ønske om at hun kan leve videre med opplevelsen av at det valget hun tok var for henne det rette. Ved å problematisere valget og gi henne tid vil de gi henne best mulig beslutningsgrunnlag jf. 5.4.3. Det er en bevisst handling å støtte kvinnen til å gå noen ekstra runder med sin beslutning. Flere av informantene uttrykker at de i enkelte situasjoner ønsket å hjelpe kvinnen til å se om det var en mulighet for henne å fullføre svangerskapet. Noen av legene forteller at de har opplevd kvinner som sliter med abortvalget i ettertid jf. 5.2.1. På bakgrunn av dette vil de legge til rette for at valget, uansett utfall, bør være godt gjennomtenkt.

De fleste informantene som gir kvinnene god tid opplever det å ta abort som etisk problematisk. Muligvis kan deres eget verdisyn ligge til grunn for den grundigheten de legger ned i samtalen med kvinnen. Tid som legen bruker synes å samsvare med grad av oppfyllelse av informasjons- og veiledningsplikten. En informant oppgir at når det er mye å gjøre, for eksempel «masse influensa som satt på venterommet» jf.5.2.1, blir det kortere tid per pasient. Det blir da tilfeldig hvor god informasjon og veiledning kvinnene får.

Legens involvering

Når det gjelder hvor aktive informantene er i samtalen med kvinnen framkommer det store kontraster. En av legene sier at han bruker informasjonsplikten sin og «bare durer litt på» jf. 5.1.2, uansett om kvinnen virker interessert eller ikke. Dette gjelder informasjon som legen skal gi jf.5.1.1. Flere går aktivt inn i kvinnens valgsituasjon og stiller spørsmål for å få henne til å reflektere over valget.

Motsatsen kommer til syne der legen sier det ikke er behov for å gi noen veiledning da «hun allerede har bestemt seg» jf.5.3.2. Han ser det som at kvinnene er veldig opplyste og at de kommer til legen bare fordi de vil videre i systemet. Det kan virke som legen med å være passiv fraskriver seg sitt ansvar for å gi informasjon. På spørsmål om hva som gis av informasjon om inngrepets art sier legen: «jeg er ikke gynekolog» jf.5.1.2.

Flere av informantene beskriver fokuset på den rådgivende/veiledende delen som prioritert legearbeid jf.5.3.2. En informant omtaler seg som kvinnens «sparringspartner». Det kan virke

som de som er aktive, tar jobben mest på alvor som en «god» lege jf.3.3. De setter den aktuelle situasjonen inn i et større perspektiv og prøver å få kvinnen til å sette ord på de ulike mulighetene hun har. Ved å hente fram hennes egne ressurser ønsker de å synliggjøre at hun har et reelt valg jf.5.3.3. På tross av den grundige jobben flere her gjør, virker det likevel ikke som noen får tydelig fram den muligheten kvinnen har til å bære fram barnet jf.5.3.2.

Det kreves godt faglig skjønn av legen for at veiledningen skal hjelpe kvinnen til en løsning som hun opplever som den beste på kort og lang sikt jr. 5.3.1.

Fastlegen og helsemyndighetene

Flere av informantene uttrykker et behov for bedre dialog med myndighetene. Fra legenes perspektiv handler det om råd og pålegg fra sentrale helseinstanser som kan oppleves «ovenfra og ned». Allmennleger har lang tradisjon for å ha en stor grad av autonomi. De har kontroll over organisering av egen praksis og kan synes som de trives best når de er frie til å utøve skjønn, ta beslutninger og arbeide selvstendig. De stoler på sin egen intuisjon som lege og gjør helst «som de vil». Som en informant sa det: «vi jobber veldig, veldig selvstendig» og «vi finner ofte vår måte å gjøre ting på» jf.5.4.7.

Mange direktiv oppleves dessuten fjerne fra praksis, en av informantene sa at «helsebyråkrater skriver mye «rart» jf.5.4.8. Det beskrives som en generell informasjonsproblematikk at det sendes ut en stor mengde informasjon fra det offentlige. Et par fastleger sa det var vanskelig å skille ut hva som var mest nødvendig å oppdatere seg på.

Helsemyndighetene på sin side forventer at fastlegene må være oppdaterte og praktisere gjeldende lover til enhver tid. Med loven på sin side, har de rett til å kreve lovetterlevelse. Spørsmålet er om myndighetene legger opp til optimal samhandling med fastlegene eller om det fins et potensial for økt dialog. Det kan også være på sin plass å undersøke om det på en bedre måte kan tilrettelegges for bedre kommunikasjon.

Når så mange informanter ikke har et forhold til myndighetenes informasjonsbrosjyrer, er det berettiget å stille spørsmål om det bare har med uvitenhet å gjøre? Legene sier selv det er «mye støy» da det sendes ut mye informasjon fra det offentlige. I tillegg er brosjyrene utgitt i 1999 og de må selv søke dem opp. Spørsmålet er også hvor relevante de oppleves i dag. Det kunne med fordel vært nedsatt en arbeidsgruppe der fastleger kan komme med innspill og

bidrag til en eventuelt revidert brosjyre. Det handler om å spille på lag med disse legene som har kompetansen da de vet hvordan det er å sitte der i samtale med kvinnene.

Kvinnen og de ulike instansene

I Oslo, der både fastlege og sykehus har ansvar for informasjon til den abortsøkende kvinnen, er det risiko for en "ansvarspulverisering". En informant påpeker at det er uklart hva som er fastlegens ansvar kontra sykehusets ansvar når det gjelder å gi informasjon og veiledning.

Risikoen kan være at ingen av legegruppene tar ansvaret, men overlater til den andre. Som en lege påpeker etter å ha sendt en abortsøkende kvinne videre til sykehuset: «de kan tro kvinnen har fått mer informasjon enn de egentlig har» jf.5.4.5. Det gjør det vanskeligere at det ikke er noen tydelig rutine på hvordan kommunikasjon fra fastlegen til sykehuset skal foregå jf.5.4.5. I de tilfeller fastlegen ikke skriver på begjæringsblanketten eller kvinnen går direkte til sykehuset, er det legen på sykehuset som juridisk har ansvaret for å gi nødvendig informasjon og veiledning jf. abortloven (1978).

En annen situasjon som fremkom i studien var en fastlege som skrev under på begjæringsblanketten uten å gi noen informasjon om mulige komplikasjoner ved abort. Han begrunnet dette med: «sykehuset skal foreta inngrepet, sykehuset får ta hånd om den informasjonen» jfr 5.1.3. Dette er en ansvarsfraskrivelse og brudd på rettsreglene. Legen som signerer på begjæringsblanketten skriver samtidig under på at informasjon om medisinske virkninger er gitt.

Selvledelse

For at legene kan lede seg selv godt i forhold til informasjons- og veiledningsplikten må de ha grunnleggende kjennskap til regelverket. Med dette viser de at tar et eget ansvar for å utøve god praksis. De verdien fastlegen skal styre etter er at pasienten har rett til å bestemme selv, samtidig som hun har krav på å få råd og veiledning av legen.

En av legene sa at han ikke kjenner til at det fins noen egen abortlov, selv om han kjenner til kvinnens rettigheter om selvbestemt abort jf.5.2.1. Denne legen var en av de som i stor grad synes å oppfylle lovkravet, på tross av at han ikke kjenner til det. På spørsmålet om hvordan legene forholder seg til kravet i abortloven, svarte flere unnnvikende på dette. En av dem svarer

at han oppfyller lovkravet, mens det viser seg i praksis at han neppe gjør det. Dersom legene ikke følger rettsreglene synliggjør dette at de ikke leder seg selv på en tilfredsstillende måte.

Flere av informantene synes ikke eksakt å vite hva som står i loven om informasjons- og veiledningsplikten. De fleste fastlegene synes likevel å utføre lovkravet på en tilfredsstillende måte. Samtidig som intervjuene viser at det er tilfeldig hvor god informasjon- og veiledning kvinnene får og at ingen er tydelige på den muligheten kvinnen har til å bære fram barnet. Et eksempel på god selvledelse er når informantene gir kvinnen tilbud om en ny time før hun tar sin beslutning. Dette viser at disse fastlegene tar kvinnen valgsituasjon på alvor.

Brosjyreaversjon er derimot et generelt funn i denne studien jf.5.4.4. Det viser at informantene ikke følger helsemyndighetens anbefalinger og at informasjonsbrosjyrene til kvinnene ikke har blitt en innarbeidet standard slik intensjonen. Som beskrevet i kap 3.3 er Irgens opptatt av at profesjonsutøvere må kunne lede seg selv på en god måte. Fastlegen har et ansvar for å kjenne til aktuelt materiale. En årsak til brosjyreaversjonen kan ha med legens selvstendighet å gjøre. Som en av informantene uttrykker det: «jeg sitter ikke og deler ut masse ark» jfr 5.4.4. Samtidig kan det være flere årsaker til brosjyreaversjon, at de ikke er relevante, legene kjenner ikke til dem, innholdet i brosjyren er ikke til hjelp eller at utformingen kan virke utdatert.

Informantene viser likevel med sin brosjyreaversjon, mangelfull selvledelse og synes ikke å oppfylle myndighetens forventning jf.5.5.

Variasjoner i lovetterlevelse

Undersøkelsen viser at det er store variasjoner hvordan de ulike fastlegene praktiserer sin informasjons- og veiledningsplikt og dermed også selvledelse. Det går et klart skille mellom informanter som synes å gjøre en grundig jobb og oppfyller lovkravet i stor grad og som synes gjennomgående ikke å oppfylle lovkravet. Det synes som «kommunikatøren» i stor grad oppfyller lovkravet. Legen bruker god tid på konsultasjonen og går inn i kvinnens valgsituasjon. Legen oppfordrer også kvinnen til «tenketid», slik at hun kan ta et veloverveid valg. «Ekspeditøren» derimot gir knapp informasjon og bruker ikke tid på veiledning. Det kan synes som han i stor grad ikke praktiserer lovetterlevelse.

I denne studien fremkommer det store variasjoner på kvaliteten og mengden av informasjon og veiledning som legene gir kvinnene, uavhengig om de oppfyller lovkravet eller ikke.

Dersom rettsregelen er utydelig og det er et stort rom for å bruke skjønn, er det vanskelig å si i hvor stor grad praksis oppfyller lovkravet. Nå handler det ikke bare om loven oppfylles eller ei, men i hvilken grad det skjer. Funnene viser store variasjoner når det gjelder lovetterlevelse, alt fra så vidt lovoppfyllelse til en veldig god måte. Det kan synes som det er tilfeldig hvor god informasjon og veiledning kvinnene får. Disse variasjonene kan handle om alt fra hvor god tid legen har/tar seg, til legenes ulike vurderinger basert på bruk av skjønn og i hvilken grad de kjenner til regelverket.

Spørsmålet er om antall «influensapasienter» på venterommet og legens forståelse av sin egen rolle dominerer? Er disse faktorene avgjørende for kvinnens muligheter til å ta et informert valg?

8 Veien videre

Det ville være interessant å gjøre oppfølgende studier på bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen. En eventuell tekstanalyse av informantenes svar ville kunne gå dypere inn i det allerede innsamlede materialet.

En forskningsstudie av kvantitativ art, ville også være spennende, for å få vite mer om hva som skjer i praksis. Herunder å studere hvordan informasjons- og veiledningsplikten praktiseres ved gynekologisk poliklinikk. Spesielt gjelder det der abortsøkende kvinner oppfordres å oppsøke sykehuset direkte. Hele prosessen er her ment å gå raskere og kvinnen får kortere tid på å ta sin beslutning.

Men allerede nå kan det antydes noen tiltak som kan være viktige:

For det første kunne det utformes en veileder for allmennleger med oppdatert kunnskap om hva som inngår i legens informasjons- og veiledningsplikt i møte med kvinner som vurderer abort. Denne burde utformes i samarbeid med fastlegene og brukes som en slags «gullstandard» til praktisk hjelp.

For det andre kunne burde informasjonsbrosjyrene til abortsøkende kvinner revideres og bli tatt mer i bruk. En arbeidsgruppe burde inkludere fastleger og komme med innspill til aktuell informasjon. Brosjyrene må sendes ut på nytt til alle fastleger, i tillegg til elektronisk versjon.

For det tredje bør legens informasjons- og veiledningsplikt i abortloven tas opp på de årlige kursene for allmennleger. Dette vil kunne sikre behovet for å innarbeide en felles standard, slik at fastlegenes praksis ikke fortsetter å være like vilkårlig som det fremkommer i denne studien.

For å kvalitetssikre informasjonen ser jeg også et behov for en standardisert mal der legene kan krysse av hva de har gitt informasjon om. En slik mal bør utformes i samråd med fastlegene. Dette vil kunne bidra til at kvinnen får de opplysningene hun har krav på i en abortvalgsituasjon.

Vedlegg 1: Brev til informanter

Til

Fredrikstad 21. desember 2012

Invitasjon til å delta i forskningsintervju

I min masteroppgave på studiet i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole ønsker jeg å undersøke fastlegers konsultasjoner med kvinner som vurderer/begjærer abort.

Kunne du tenke deg å delta i et intervju?

Dette er en kvalitativ studie der jeg ønsker å få del i dine og 5-6 andre legers erfaringer. Jeg vil ha et fokus på hvilken informasjon og veiledning som blir gitt i samtalen med kvinner som vurderer abort. Selv har jeg jobbet som jordmor i flere år og leder nå organisasjonen Menneskeverd.

Intervjuene er individuelle og vil vare en times tid. Vi velger tid og sted ut fra hva som passer for deg. Planen er at intervjuene skal gjennomføres i januar/februar 2013. Jeg ønsker å ta samtale opp på bånd for å kunne skrive dem ned etterpå. Ingen andre enn jeg vil ha tilgang til lydbåndopptak eller transkriberte intervjuer. Det blir ikke laget noe register hvor ditt navn blir koplet til opplysninger/transkripsjonen. I oppgaven vil opplysninger fra intervjuene være anonymisert. Når masteroppgaven er avsluttet vil alt innsamlet materiale destrueres. Masteroppgaven skal ferdigstilles 2. mai 2013.

Veileder for masteroppgaven min er Olav Molven, førsteamanuensis ved Diakonhjemmets Høgskolesenter.

Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen og data vil da bli slettet. Fint om du gir meg en tilbakemelding så snart som mulig, enten på mail: livskjeg@online.no eller telefon/SMS: 41333935. Ta gjerne kontakt hvis du ønsker ytterligere opplysninger om prosjektet. Deretter vil jeg ta kontakt med deg på telefon eller mail for å avtale tidspunkt.

Med vennlig hilsen

Liv Kjersti S. Thoresen

Masterstudent

Vedlegg 2: Intervjuguide

Kartlegging av informant:

Alder:

Kjønn:

Antall år som fastlege:

Mindre by/storby:

Erfaring fra offentlig helsearbeid?

I så fall hva? (Helsestasjon for ungdom, klinikk for sex og samfunn)

Annen relevant arbeidserfaring?

Hvor lang tid brukes på konsultasjonen; (enkeltime (15 min?) el dobbelttime (30 min?) eller er det fleksibelt. Hvordan?

Spørsmål til samtale

1. Kan du fortelle om en typisk konsultasjon du har hatt med en kvinne som vurderer abort/er abortsøkende?

a)Hva informerte du om?

Hva mener du det er viktigst å gi informasjon om?

b)Hva veiledet du om?

Hva mener du det er viktigst å veilede om?

2. Hvordan bidrar du til å gi gravide kvinner et best mulig beslutningsgrunnlag i abortspørsmålet?

3. Abortloven sier noe om informasjon og veiledning som skal gis til kvinnen i forbindelse med henvisning til/begjæring om abort. Hvordan forholder du deg til dette kravet i abortloven?

4. a) Hva er minimum av informasjon som du gir til en abortsøkende kvinne?

b) Hva er minimum av veiledning som du gir som til abortsøkende kvinne?

(Stikkord: inngrepets art og konsekvenser, bl. a. med henblikk på de risikomomenter som en forbinder med inngrepet som blødning og infeksjon).

5. Tilbyr du kvinnen noen informasjon om alternativer til svangerskapsavbrudd?

6. Tilbyr du kvinnen informasjon og veiledning om den hjelp og støtte som samfunnet kan tilby henne (aktuelle økonomiske ytelser/ sosiale hjelpetiltak som kvinnen vil ha rett til)?

Hva konkret sier du i så fall?

7. Får kvinnen noen form for skriftlig informasjon fra deg?

- a) Lokale informasjonsskriv? Ja: Nei:
Hvorfor ja/nei?

- b) Noen av de tre brosjyrer utgitt av Sosial-og helsedepartementet/Helsetilsynet?
«Til deg som vurderer abort» Ja: Nei:
Hvorfor ja/nei?

«Rutiner ved svangerskapsavbrudd» Ja: Nei:
Hvorfor ja/nei?

«Om abortloven» Ja: Nei:
Hvorfor ja/nei?

(Eventuelt få deres mening om skrivene).

8. Er det noe du synes er vanskelig med denne type konsultasjoner?

Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Samlaget.
- Abortloven, L.o.s. (1978). Lov om svangerskapsavbrudd *LOV 1975-06-13 nr 50*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Alvesson, M. og Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [Lund]: Studentlitteratur.
- Amathea. URL: <http://www.amathea.no/index.aspx?cat=1003> (lest 21.03.13).
- Andenæs, K. (2003). *Sosialrett*. Oslo: Universitetsforl.
- Bakken, I.J. (2004). *Fysiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd*. Nr. STF78 A042502, *SINTEF rapport*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Bakken, I.J. og Skjeldestad, F.E. (2005). *25 år med selvbestemt abort*. Nr. STF78 A052501, *SINTEF rapport*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Broen, A.N. (2006). *Women's emotional life after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study in Norway*. no. 365, Unipub.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforl.
- Everett, E.L. og Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven : hvordan begynne - og fullføre*. Oslo: Universitetsforl.
- Folkehelseinstituttet (2011). Abortstatistikk 2011. 15.06, 2012 ed. Oslo.
- Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (2012). *FOR-2012-08-29-843* Lovdata.
- Gilje, N. og Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Helse- og omsorgsdepartementet. 1997. *Høringsnotat - Lov om helsepersonell*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Ot.prp. nr. 12 (1998-99), Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1978. *Ot.prp.nr.53 (1977-1978), endringslov* Oslo:
- Helsedepartementet. 2004. *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008*. Oslo:
- Helsedirektoratet (1978). Begjæring om svangerskapsavbrudd.
- Helsedirektoratet. 2010. *Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse*.
- Helsepersonelloven (1999). LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. . Oslo: Lovdata.
- Helsetilsynet. 2004. *Fylkeslegenes felles tilsyn 1996 med praktisering av lov om svangerskapsavbrudd*.
- Irgens, E.J. (2007). *Profesjon og organisasjon : å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforl.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kero, A. (2005). Abort - en tabubelagd rättighet. *Läkartidningen*. Nr 48, Sverige, 102.
- Kontroll- og konstitusjonskomiteen. 2011. *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg*.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Molven, O. (2009). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Molven, O. og Vetvik, E. (1986). *Saksbehandling i kommunal forvaltning : forvaltningslovens krav og publikums rettigheter i saksbehandlingen*. Nr. 18. Oslo: Sosialhøgskolen.

NOU 1994:17. *Til informasjonens pris*. Oslo.
<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19941994/017/PDFA/NOU199419940017000DDDPDFA.pdf> (lest 04.01.13).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Lovdata.

Skagen, K. (2011). *Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning*. Bergen: Fagbokforl.

Skjeldestad, F.E. (2002). *Beslutningsprosess og behov for informasjon/rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd: en evaluering av intensjonene i abortloven : hovedrapport*. Nr. STF78 A022502, SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF UNIMED.

Solberg, B. 2011. *Viktig å kunne delta i valg som angår egen helse* nhi.no. URL:
<http://nhi.no/forside/viktig-a-kunne-delta-i-valg-som-angar-egen-helse-36516.html>
(lest 12.02, 2013).

Sosial- og helsedepartementet. 2002a. *Om abortloven*. Oslo.
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/bro/2002/0001/ddd/pdfv/154546-om_abortloven.pdf

Sosial- og helsedepartementet. 2001. *Retningslinjer, Lov om svangerskapsavbrudd, Med tilhørende forskrift og rundskriv*. Oslo:

Sosial- og helsedepartementet. 2002b. *Rutiner ved svangerskapsavbrudd* Oslo.
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/bro/2002/0002/ddd/pdfv/154543-rutiner_ved_svangerskapsavbrudd.pdf

Sosial- og helsedepartementet. 2002c. *Til deg som vurderer abort*. Oslo.
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/bro/2002/0003/ddd/pdfv/154545-til_deg_som_vurderer_abort.pdf

Store norske leksikon. 2005-2007. URL: <http://snl.no/informasjon> (lest 11.02, 2013).

Sundhedsstyrelsen. 2007. *Aborttallet er stabilt - unge får flere aborter*. Danmark.
http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2007/Nye_tal_legalt_prov_aborter07.aspx
(lest 25.01, 2013).

Syse, A. (1993). *Abortloven : juss og verdier*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.

Wikipedia. URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/Kategori:Veiledning> (lest 22.01,2013).

Åmås, K.O. (2007). *Verdien av uenighet. Debatt og dissens i Norge*. Oslo: Kagge forlag.